

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 6

LA SPOROTRICHOSE

EN PARTICULIER

DANS LA RÉGION BORDELAISE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1921

PAR

Grégoire-Jean-François LACOMMÈRE

Né le 13 Mars 1893, à Bélus (Landes)

MÉDECIN DE 2^e CLASSE AUXILIAIRE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

Examineurs de la Thèse : { MM. W. DUBREUILH professeur. *Président*
CRUCHET professeur.
PETGES agrégé..... } *Juges*
PERRENS agrégé..... }

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites
sur l'Enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1921

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922

N° 6

LA SPOROTRICHOSE

EN PARTICULIER

DANS LA RÉGION BORDELAISE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1921

PAR

Grégoire-Jean-François LACOMMÈRE

Né le 13 Mars 1893, à Bélus (Landes)

MÉDECIN DE 2^e CLASSE AUXILIAIRE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE



Examineurs de la Thèse : { MM. W. DUBREUILH professeur. Président
CRUCHET professeur. }
PETGES agrégé } Juges
PERRENS agrégé }

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites
sur l'Enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD, Professeurs honoraires

MM.	MM.
Clinique interne..... ARNOZAN	Médecine (expérimen- tale..... FERRÉ
Clinique externe..... CASSAËT	Clinique ophtalmologi- que..... LAGRANGE
Pathologie et théra- peutique générales..... CRUCHET	Clinique chirurgicale in- fantile et Orthopédie..... DENUCÉ
Clinique d'accouchements..... RIVIÈRE	Clinique gynécologique..... BÉGOVIN
Anatomie pathologique..... SABRAZES	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS
Anatomie..... PICQUÉ	Chimie biologique..... DENIGES
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL	Physique pharmaceu- tique..... SIGALAS
Physiologie..... PACHON	Pathologie exotique..... LE DANTEC
Hygiène..... AUCHÉ	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W. DUBREUILH
Médecine légale..... VERGER	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON
Physique biologique et Clinique d'électricité médicale..... BERGONIE	Clinique psychiatrique..... ABADIE
Chimie..... CHELLE	Clin. d'oto-rhino-laryngologie..... MOURE
Botanique et matière médicale..... BEILLE	Toxicologie..... BARTHE
Pharmacie..... DUPOUY	M. PRINCETEAU
Zoologie et Parasitologie..... MANDOUL	

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie..... N...	Médecine générale..... } DUPERIÉ CREYX
Histologie..... LACOSTE (chargé)	N...
Physiologie..... DELAUNAY	Maladies mentales..... PERRENS
Anatomie pathologique..... MURATET	Médecine légale..... LANDE
Parasitologie et Sciences natu..... R. SIGALAS (chargé)	GUYOT
N...	Chirurgie générale..... } ROCHER DUVERGEY
Physique biologique et médicale..... RÉCHOU	PAPIN
Chimie biologique et médicale..... N.	Obstétrique..... } PERY
Médecine générale..... } PETGES J. CARLES	Ophtalmologie..... FAUGÈRE
MAURIAC	TEULIÈRES
LEURET	Pharmacie..... LABAT

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	J. CARLES
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER
Cours complémentaire de démonstrations et préparations pharmaceut.....	LABAT
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER
Cours complémentaire annexe de prothèse, et rééducation profession.....	GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON ONCLE L'ABBÉ GARROUTEIGT, CURÉ DE MÈES

Faible témoignage de gratitude et d'attachement. Il me donna l'exemple le plus élevé d'une vie tout entière consacrée au devoir et au dévouement.

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PETGÈS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE VÉNÉRÉOLOGIE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommage de vive gratitude pour le grand
honneur qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse ».

AVANT-PROPOS

On ne peut parler de la sporotrichose sans rappeler l'œuvre magistrale de MM. de Beurmann et Gougerot : *Les Sporotrichoses* dont nous nous sommes inspiré dans ce travail.

Ces auteurs ont eu le grand mérite de révéler l'importance pratique et doctrinale de cette mycose en pathologie ; avec une constance et un succès également remarquables, ils ont éclairé, sur sa fréquence, le praticien soucieux de se tenir au courant des nouveautés scientifiques, et nous citerons à ce sujet les paroles si justes du Professeur Landouzy que chacun de nous doit avoir gravées dans l'esprit : « *Tant vaut le médecin savant, tant vaut le médecin praticien ; tout homme qui veut être à la hauteur de sa tâche de praticien ne peut ni concevoir, ni réaliser sa tâche s'il n'a pas l'ambition d'être savant-médecin, c'est-à-dire de ne rester étranger à l'étude d'aucune des maladies ou des affections dont l'ignorance pourrait porter préjudice au client venu à l'improviste pour réclamer ses soins.* »

Pénétrons-nous bien de cette idée que la sporotrichose est une maladie courante et non une de ces maladies d'exception, et que jusqu'ici les observations ont été publiées pour bien nous en montrer la fréquence et nous apprendre à la mieux connaître cliniquement. C'est une affection que le médecin n'a plus le droit d'ignorer : un diagnostic erroné condamne les malades à la tuberculose, à la syphilis, alors que le diagnostic de sporotrichose, assez facile à faire même par un praticien isolé, sauve les mycosiques d'une longue maladie et d'opérations mutilatrices, les guérit en quelques semaines et les rassure sur leur avenir.

Et le Professeur Grasset n'en a-t-il pas fait ressortir toute

l'importance dans ces quelques mots qui se passent de tout commentaire: « Un médecin ignorant de tous les travaux récents sur la sporotrichose sera exposé à laisser mourir comme tuberculeux des malades que l'iodure de potassium scientifiquement administré aurait cependant guéris. »

INTRODUCTION

A l'occasion d'un petit malade observé, voici quelques mois, à la Consultation de dermatologie de l'hôpital des Enfants, et pour lequel le diagnostic de sporotrichose fut envisagé, M. Pelges nous conseilla de choisir cette étude pour notre sujet de thèse inaugurale. Nous avons été très heureux de traiter une question qui n'avait pas encore fait l'objet de thèse à Bordeaux, d'autant plus qu'il s'agit d'une affection éminemment pratique et courante que l'on ne saurait trop vulgariser.

Le but de notre travail, en groupant tous les cas de sporotrichose publiés dans la région bordelaise, est de montrer combien cette mycose est fréquente, méconnue et cachée sous le masque de la tuberculose, de la syphilis ou d'infections cutanées les plus variées, et combien il est facile de la dépister et de la guérir par un diagnostic rapide à la portée de tout praticien, et par une thérapeutique des plus simples et des moins coûteuses.

Dans l'exposé de notre sujet nous avons cru devoir suivre un plan classique. Nous le diviserons en deux parties :

Dans la première, nous retracerons brièvement l'histoire de de cette mycose, rappelant son étiologie, sa symptomatologie si variée et si troublante, la marche et les complications de l'affection.

Dans la deuxième, nous verrons rapidement le pronostic, nous étendant plus longuement sur le diagnostic parfois délicat et sur le traitement quasi spécifique auquel nous ajouterons quelques notes sur la sérothérapie et la vaccinothérapie anti-sporotrichosique, dues à l'obligeance de notre maître M. le Professeur Gougerot.

Au cours de l'exposé nous joindrons les observations inédites de MM. Dubreuilh et Petges, et ajouterons une observation personnelle prise en collaboration avec notre ami le docteur Damany, au hasard d'un séjour à l'hôpital de Lorient durant la Grande Guerre. C'est un cas de sporotrichose pulmonaire extrêmement rare qui enrichira la collection si intéressante et si riche édifiée dans la région bordelaise.

Enfin, avant de tirer les conclusions, nous dirons quelques mots sur la sporotrichose chez l'enfant dont la forme ressemble à celle de l'adulte, et la sporotrichose aux armées, M. Petges en ayant observé quelques cas durant la guerre.

Nous avons illustré le texte de photographies dues à l'obligeance de MM. Dubreuilh et Petges; nous pensons qu'elles pourront aider à fixer dans l'esprit l'aspect toujours nouveau de l'affection.

Avant de clore cet aperçu sur un travail où le souci de l'imitation eut parfois à lutter contre un trop facile plagiat, nous ne saurions trop remercier nos maîtres de la Faculté de Bordeaux, et plus particulièrement MM. Dubreuilh et Petges qui nous aidèrent par la communication de leurs travaux et par leurs conseils.

Nous ne pouvons oublier qu'en toutes circonstances M. Petges, à qui nous devons le sujet de cette thèse, nous témoigna de la bonté et de l'intérêt : qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse sympathie.

LA SPOROTRICHOSE

EN PARTICULIER

DANS LA RÉGION BORDELAISE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

La sporotrichose, maladie parasitaire commune à l'homme et aux animaux, due à des champignons filamenteux appartenant au genre *Sporotrichum*, dont on connaît plusieurs variétés parmi lesquelles le *Sporotrichum Beurmanni* est presque toujours en cause, est une inflammation nodulaire chronique pouvant atteindre non seulement la peau et l'hypoderme, mais aussi les systèmes plus profonds pour déterminer des lésions gommeuses, ulcéreuses et quelquefois végétantes présentant les plus grandes analogies avec les mêmes types cliniques qu'on donne à la tuberculose et la syphilis, en particulier dans leurs localisations cutanées et osseuses.

Le *Sporotrichum Beurmanni*, tel qu'il nous apparaît dans les cultures, est formé par un enchevêtrement inextricable de longs filaments incolores, irrégulièrement ramifiés, sur lesquels s'insèrent des spores ovoïdes, unicellulaires, souvent inégales. Elles naissent toutes isolément par un court et fin pédicule. Elles sont irrégulièrement disséminées tantôt éparses, tantôt pressées en manchon le long des filaments qu'elles engainent et masquent, ou bien disposées en bouquet à l'extrémité d'un conidiophore.

HISTORIQUE

Les premières connaissances sur la sporotrichose remontent à deux observations américaines de lymphangite gommeuse ascendante du bras consécutive à une piqûre des doigts, l'une de Schenk (1898), l'autre de Hektoen et Perkins (1900), dans lesquelles on découvrit l'existence d'un champignon catalogué par Smith *Sporotrichum* et appelé par Hektoen *Sporothrix Schenki* (1900).

En 1903, de Beurmann et Ramond observèrent les premiers un cas de gommes disséminées non systématisées, superficielles, dans lesquelles ces auteurs mirent en évidence l'existence d'un champignon que Matruchot et Ramond identifièrent sous le nom de *Sporotrichum Beurmanni*. En 1906, Dor, dans un cas de sporotrichose subaiguë à grands abcès multiples disséminés découvrit une nouvelle variété de *Sporotrichum* dénommé par de Beurmann et Gougerot *Sporotrichum Dori*. Mais c'est surtout depuis les travaux de de Beurmann et Gougerot que la sporotrichose a pris toute l'importance qu'elle mérite en pathologie humaine.

De leur premier mémoire paru en 1906, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, date la notion de la fréquence de cette mycose et l'essor que prit rapidement son étude. Par une longue série de travaux cliniques et bactériologiques, de Beurmann et Gougerot mirent au point la question, l'enrichissant chaque jour d'acquisitions importantes avec, à l'appui, des observations les plus variées, créant de toutes pièces un des chapitres les plus nets et les plus complets de la pathologie.

Ainsi naquit en 1912 le magnifique traité « *Les Sporotrichoses* », qui fut le digne couronnement de leurs efforts. A leurs travaux s'ajoutèrent ceux de nombreux auteurs qui retrouvèrent le *Sporotrichum Beurmanni*.

LA SPOROTRICHOSE DANS LA RÉGION BORDELAISE

I

Mais tous ces travaux n'épuisèrent point un sujet aussi vaste : la bibliographie s'est depuis enrichie considérablement et l'École de Bordeaux, prenant un intérêt des plus vifs à ces recherches, apportait à cette étude une riche moisson de documents.

Les premiers, MM. Sabrazès et Guyot signalèrent un cas de sporotrichose en 1911, et peu après MM. Dubreuilh, Petges et Bonnin un deuxième cette même année-là.

En 1912, trois nouveaux cas furent publiés : ceux de MM. Niclot, Viéron et Petges ; Sabrazès et Duvergey ; J. Carles et Petges.

En 1913, M. Petges signale trois autres observations, dont une prise en collaboration avec M. J. Carles.

Enfin, en 1914, MM. Verdelet, Petges et Lasserre publient le neuvième cas. La guerre, par sa brutale diversion, laissa dans l'ombre une étude à laquelle les fructueuses recherches donnaient un nouvel éclat ; mais, en 1919, après la tourmente, M. Sabrazès, dans une leçon très documentée, remit en honneur la question en dotant la collection bordelaise d'un cas nouveau, et MM. Petges et Pozzi en 1920 publièrent la onzième observation.

Il était intéressant de rechercher et de grouper les cas signalés, d'autant plus qu'il n'en avait pas été fait de relevé dans notre région, et jusqu'en 1921, sauf erreur, les 11 cas suivants y sont connus :

1911. Sabrazès et Guyot : Un cas de sporotrichose accident de travail.

1911. Dubreuilh, Petges et Bonnin : Sporotrichose cutanée tuberculoïde.

1912. Niclot, Petges et Viéron : Sporotrichose cutanée causée par un *Sporotrichum* à forme courte : « Levure ».

1912. Sabrazès et Duvergey : Sporotrichose de la région maxillaire.

1912. J. Carles et Petges : Sporotrichose hypodermique et musculaire.
1913. G. Petges : Sporotrichose dermique.
1913. G. Petges : Sporotrichose du dos des deux mains.
1913. J. Carles et Petges : Un nouveau cas de sporotrichose.
1914. Verdelet, Petges et Lasserre : Sporotrichose hypodermique.
1919. Sabrazès : De la sporotrichose à propos d'un cas nouveau.
1920. Petges et Pozzi : Sporotrichose aiguë et généralisée à forme septicémique.

A cette série nous ajouterons 11 observations inédites que nous avons pu grouper sans trop de difficultés, dont une, la troisième, recueillie à l'hôpital militaire de Lorient, est particulièrement intéressante par la localisation exceptionnelle de la mycose.

II

OBSERVATION I Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Sporotrichose hypodermique ulcéreuse du dos des mains

M. J..., soixante-deux ans, géomètre, se présente à la consultation de la Clinique dermatologique, le 27 juin 1913, pour deux lésions cutanées symétriques siégeant à la face dorsale des mains : placards arrondis ou légèrement ovalaires, à bords surélevés et dont le centre est cicatriciel et cupuliforme.

Le malade est soigné depuis cinq ans pour diabète. Pas de traces de tuberculose, ni de syphilis.

Etat actuel, le 27 juin 1913. — On voit sur la main droite deux placards de dimensions différentes, occupant à peu près toute la face dorsale et dont les contours sont arrondis, circonscrits et festonnés par endroits. Le grand placard, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, est de forme assez irrégulière; le petit est ovalaire et moins saillant. Le bord de ces lésions est infiltré, ferme, dessinant un talus perceptible au doigt et à l'œil; le versant externe se confond insensiblement avec la peau saine sur laquelle il se détache en rouge brun sur une largeur de $1/2$ à 1 centimètre. Le versant interne descend jusqu'au centre des lésions qui

sont de moins en moins actives, et de plus en plus cicatricielles à mesure que l'on se rapproche de leur partie centrale.

Cette bordure interne est croûteuse, avec des squames très adhérentes, sèches, dures, dont l'arrachement est sensible et parfois douloureux; le coup d'ongle éveille une douleur assez vive.

Le fond du placard le plus étendu est atrophique avec des petits points jaunâtres ne paraissant pas en activité. Dans les parties qui ne sont pas spontanément guéries, le fond est irrégulier, rouge, parsemé de fines rugosités d'autant plus apparentes que les lésions sont plus jeunes. La pression en fait sourdre de fines gouttelettes de pus.

Les lésions de la main gauche sont plus étendues et occupent toute la région cubitale du dos de la main; la description en est identique. Ganglions épitrochléens et axillaires légèrement tuméfiés.

Le malade est soumis au traitement ioduré : 3 grammes d'iodure de potassium par jour, et application, sur les placards, de pommade iodée. On fait un ensemencement du pus sur milieu de Sabouraud.

8 août 1913. L'ensemencement a donné des cultures pures de *Sporotrichum*, confirmant ainsi le diagnostic clinique de sporotrichose. Le malade supporte assez bien l'iodure. Les lésions sont en voie d'amélioration; la partie centrale est complètement guérie et la bordure moins saillante. Pas de points de suppuration et peu de douleurs à la pression. La dose d'iodure est portée à 4 grammes.

2 septembre 1913. Même aspect avec bordure moins infiltrée et plus affaissée. Iodure de potassium, 6 grammes par jour.

20 novembre 1913. Les lésions qui au début du traitement s'améliorèrent rapidement, puis plus lentement, — car pendant longtemps il persista une bordure rouge, infiltrée, papillomateuse, — paraissent actuellement guéries. La partie centrale des plaques est atrophique et cicatricielle, la bordure est pigmentée en brun avec quelques traces de papilles végétantes et flétries. Abondante éruption d'acné iodique. Le traitement est interrompu.

19 décembre 1913. Tout paraît complètement guéri. Le siège des lésions est marqué par une pigmentation brune avec de vagues cicatrices, mais on ne sent plus aucune nodosité. La peau est uniformément souple, sans induration ni relief des bords.

27 février 1914. La guérison se maintient; le malade ne prend plus d'iodure depuis novembre dernier.

15 juin 1914. Les cicatrices s'assouplissent graduellement, et la guérison reste complète.

OBSERVATION II Inédite [Photos 1 et 2]

(Due à l'obligeance de M. le Dr PETGES)

**Sporotrichose de la région du coude gauche,
forme hypodermique ulcéro-gommeuse**

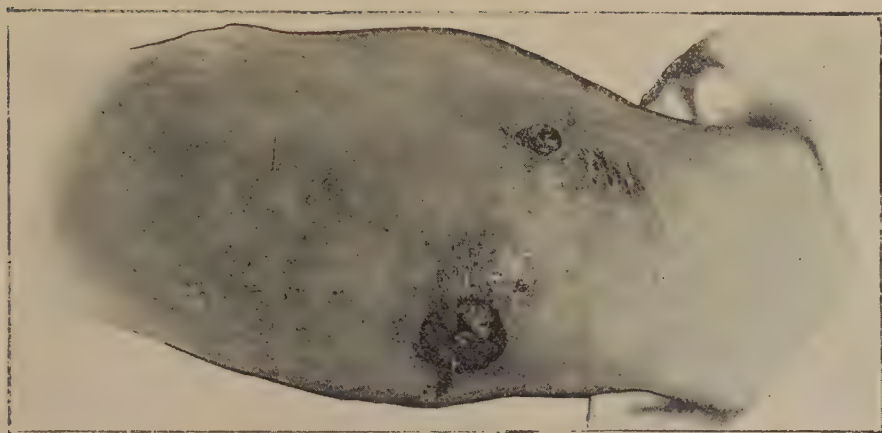
Louis P..., quarante-deux ans, marié, sans enfants, soldat au 94^e d'infanterie. Il est brossier de son métier. Dans ses antécédents héréditaires et personnels, rien de particulier à noter.

Histoire de la maladie. — P... était dans les tranchées depuis octobre 1913, lorsqu'en décembre il présenta dans la région xiphoïdienne une gomme grosse comme une bille, douloureuse à la pression et non spontanément, qui se perça durant un séjour dans un hôpital de la zone des armées où il était entré le 4 novembre pour gelure des pieds. Il fut traité par des pansements humides et une potion iodurée. En janvier 1916 il rejoignait son régiment bien que les lésions fussent incomplètement guéries.

Quelques mois après, une chute assez violente sur le genou droit le rendit impotent et l'obligea à se faire hospitaliser à l'ambulance 11/16, où il séjourna d'ailleurs peu de temps, car, le 3 mai 1916, P... était dirigé sur l'ambulance 4/18. Ce n'est qu'à cette dernière que l'on s'aperçut des lésions du coude gauche par suite de vives douleurs spontanées que le malade ressentait à ce niveau, douleurs s'irradiant dans l'avant-bras.

État le 3 mai 1916. — Ambulance 4/18. Gonflement du coude et de l'avant-bras gauche avec rougeur légère autour des lésions qui sont au nombre de quatre : deux ulcérations et deux tuméfactions gommeuses, plus une cicatrice ancienne de la région xiphoïdienne.

a) Les ulcérations : une au niveau de l'épicondyle, l'autre entre l'olécrane et l'épitrochlée et en dessous. Au niveau de l'épicondyle,



PHOTOS 1 ET 2 (M. le D^r G. PETGES)

Sporotrichose du coude gauche forme hypodermique ulcéro-gommeuse

l'ulcération a les dimensions d'une pièce de 2 francs, intéressant la peau et l'hypoderme, à bords rouges et largement décollés.

Elle donne issue à un pus abondant, crémeux, sanguinolent, dont la pression augmente l'écoulement et vide chaque jour un véritable abcès; le fond en est grumeleux, noirâtre et présente des lambeaux sphacelés.

En dedant et au-dessus de l'épitrôchlée, une deuxième ulcération plus rouge, amincie, laissant sourdre un pus abondant par un pertuis largement décollé.

b) Les tuméfactions gommeuses : La première siège sur la face externe de l'avant-bras à 8 centimètres environ de l'épicondyle. Elle est fluctuante, douloureuse, à centre ramolli et de la grosseur d'un œuf de pigeon. La deuxième occupe la face postérieure de l'avant-bras à 6 centimètres de l'olécrane, analogue à la précédente.

c) La cicatrice de la région xiphoïdienne : à droite de la ligne xiphoïdienne une ulcération large comme une pièce de 2 francs, déprimée, cupuliforme, à bords arrondis avec dentelure minuscule sur le versant externe, cerclée d'une bordure pigmentée brune de 2 à 3 millimètres de large. Le fond est déprimé, non adhérent, fait d'un épiderme et d'un derme aminci, très souple, finement plissé et doux au toucher.

Les cultures faites sur gélose de Sabouraud ne donnèrent rien, sans doute à cause des infections secondaires.

Le malade est soumis au traitement ioduré : 4 grammes par jour. Dès le huitième jour l'amélioration est nette, les douleurs disparaissent, le pus diminue et les gommages s'affaissent.

Vers le quinzième jour suspension de l'iodure, le malade ayant présenté quelques nausées et vertiges. Après une huitaine de repos, reprise de l'iodure.

13 juin 1916. Les gommages et les ulcérations sont guéries, il ne reste que des cicatrices rouges cupuliformes, adhérentes.

Un deuxième ensemencement pratiqué au début de juin donna des colonies typiques de *Sporotrichum Beurmanni*, confirmant ainsi le diagnostic de sporotrichose hypodermique ulcéro-gommeuse porté auparavant.

OBSERVATION III Inédite

(En collaboration avec M. le D^r DAMANT)

Un cas de sporotrichose pulmonaire

X... , matelot au 3^e dépôt, est hospitalisé à Lorient en janvier 1917 pour paratyphoïde B. La maladie a une évolution plutôt bénigne et le malade entre rapidement en convalescence.

Mais au lieu de reprendre ses forces, X... voit la convalescence traîner en longueur. L'état général ne s'améliore pas : amaigrissement, anémie, inappétence; le malade tousse, crache le matin, présentant une expectoration muco-purulente avec quelques stries sanguinolentes.

A l'examen de l'appareil respiratoire on trouve au sommet gauche de la submatité avec exagérations des vibrations; à l'auscultation, respiration rude, soufflante, retentissement de la voix, pectoriloquie aphone. Un examen radioscopique montre un sommet gauche grisâtre, s'éclairant mal.

Devant ces symptômes on pense à une tuberculose pulmonaire et l'on pratique aussitôt un examen bactériologique des crachats : un Ziehl ne permet de déceler aucun bacille de Koch; mais on trouve çà et là dans la préparation des spores ovoïdes, oblongs. Un Gram montre ces spores entourées d'une auréole translucide et prenant fort bien la coloration violette.

Pensant à une impureté du crachoir, on fit cracher le malade dans une boîte de Pétri et l'on examina le crachat fraîchement émis : mêmes résultats, mais les spores sont moins abondantes, accompagnées d'une flore microbienne banale très riche; pas de bacille de Koch.

On songe alors à la possibilité d'un mycose et l'ensemencement est pratiqué sur milieu de Sabouraud suivant la technique de de Beurmann et Gougerot. Vers le sixième jour, l'on obtient des colonies grisâtres, petites, qui s'étendirent assez rapidement, prenant une coloration marron avec un centre noir.

On fait un deuxième ensemencement par la méthode de Gougerot dite « coulée du pus sur verre sec ». Le tube examiné au microscope le troisième jour montre de petits filaments mycéliens naissants.

Enfin une troisième épreuve vient confirmer les résultats précédents : deux lames d'examen sont accolées et, entre elles, on fait monter par capillarité une mince couche du milieu de Sabouraud : on ensemeence sur les bords. Vers le cinquième jour on obtient de très belles colonies qui, examinées à l'état frais, montrent des filaments mycéliens fins, cloisonnés, incolores, abondamment ramifiés et enchevêtrés, avec des spores très nombreuses insérées le long des filaments en manchon, et à l'extrémité des conidiophores courts.

La sporo-agglutination et l'inoculation n'ont pas été pratiquées.

Ces résultats nous amenèrent à conclure à la présence d'une sporotrichose, le champignon possédant en effet tous les caractères du *Sporotrichum Beurmanni*.

La littérature médicale ne renfermant que de rares cas de sporotrichose pulmonaire, on pensa qu'il pourrait s'agir d'une lésion des voies respiratoires supérieures. Il a été démontré en effet que le *Sporotrichum Beurmanni* vit parfois en saprophyte dans le bucco-pharynx, de sorte que ce parasite peut souiller, au passage, des crachats provenant d'une bronchite banale ou tuberculeuse. Mais tous les examens pratiqués : rhinoscopie antérieure et postérieure, laryngoscopie, restèrent négatifs.

Il semble donc qu'il faille admettre ici la lésion pulmonaire.

Le traitement ioduré fut institué : 8 grammes d'iodure de potassium par jour, dosé qui fut diminuée petit à petit. L'état général s'améliora rapidement, les forces revinrent, et l'inappétence disparut. La toux devint également très rare et bientôt, dans l'expectoration, il n'y eut plus de trace de spores.

Vingt jours après, la pseudo-tuberculose avait complètement disparu : au point de vue local, la submatité devint moins nette, et il ne persistait qu'une légère rudesse respiratoire au sommet gauche. L'iodure de potassium fut encore continué, à la dose de 4 grammes par jour, pendant une huitaine, et au bout d'un mois de traitement, le malade sortait guéri.

Il y a tout lieu de penser que nous nous sommes trouvés en présence d'une lésion sporotrichosique du sommet gauche, dont l'étiologie reste obscure, et nous basant sur les résultats posi-

tifs desensemencements, l'absence de bacille de Koch et de lésions bucco-pharyngées, nous avons cru pouvoir affirmer la sporotrichose pulmonaire.

OBSERVATION IV Inédite

(Due à l'obligeance de M. le D^r PETGES)

Sporotrichose verruqueuse du poignet

M. G..., soixante-trois ans, cultivateur charentais, nous est envoyé par le docteur Geneuil, de Montguyon. C'est un homme de haute stature, très vigoureux et dont la santé antérieure a été excellente. Depuis trois mois il présente sur la face dorsale du poignet droit un placard saillant qui débuta par un petit abcès dont l'extension fut progressivement centrifuge.

Etat, le 13 juin 1921. — Le poignet droit est recouvert d'une lésion saillante, surélevée, infiltrée, finement papillomateuse, de 10 centimètres de diamètre environ. Les bords, plus élevés que le fond et le centre, forment un relief d'un 1/2 centimètre, cerclé par une auréole rouge, squameuse, dessinant un talus à pente rapide vers la peau saine et qui constitue la zone d'accroissement de la lésion. Tout le fond est formé par un tissu inflammatoire recouvert çà et là de squames et de croûtes adhérentes d'aspect fongueux, avec quelques ulcérations lenticulaires masquées par un semis dense et pressé de petites verrucosités papillomateuses miliaires serrées les unes contre les autres. Les mouvements et surtout la pression font sourdre de fines gouttelettes de pus jaune épais et provoquent des douleurs assez vives. Rien ailleurs.

Lesensemencements sont pratiqués sur six tubes avec du pus et des produits de raclage. A l'examen des frottis on ne trouve ni spores ovoïdes, ni filaments.

Traitement. — Pansements humides à l'eau iodée à 1/000, et iodure de potassium, 3 grammes par jour.

1^{er} juillet 1921. L'amélioration remarquable obtenue après dix-sept jours de traitement confirme le diagnostic de sporotrichose.

La guérison est presque complète. Les lésions sont affaissées; la peau est encore squameuse et rouge: elle est entourée de nombreu-

ses cicatrices varioliformes, gaufrées, avec des languettes et des ponts d'épiderme qui modifient son aspect normal.

22 juillet 1921. Le traitement interne a été continué jusqu'à ce jour ; les pansements humides ont été appliqués la nuit et remplacés dans la journée, par la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon.....	50 grammes
Acide benzoïque.....	2 —
Acide salicylique.....	1 —

La guérison est complète avec les cicatrices caractéristiques couvertes de languettes, de ponts, d'élevures qui donnent à la peau du poignet droit l'air d'avoir été grignotée par les rats.

Par prudence, M. Petges conseilla au malade de continuer le traitement interne pendant un mois encore.

Lesensemencements ne donnèrent rien du 13 juin au 20 août, et ce n'est qu'à cette dernière date qu'un des tubes cultiva.

Au premier examen, M. Petges trouva chez ce malade tous les caractères classiques de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, et c'est ce diagnostic qu'il aurait porté si ses observations antérieures ne lui avaient appris à douter en pareil cas.

Cliniquement il lui paraît impossible de faire un diagnostic différentiel objectif entre les deux affections : ce n'est guère que l'état général, l'existence d'une tuberculose pulmonaire ou autre qui soient susceptibles de fournir des arguments en faveur de la tuberculose verruqueuse qui sera toujours mise en doute et dont le diagnostic ne sera accepté qu'après élimination de la sporotrichose par l'examen bactériologique, les cultures et le traitement d'épreuve.

Voici maintenant tout un lot d'observations dans lesquelles il s'agit incontestablement de sporotrichose, sans que l'on puisse apporter une confirmation bactériologique. Nous les classerons donc, avec Gougerot, dans le cadre des *mycoses incultivables*, cela ne signifiant point qu'il ne s'agisse pas de l'affection qui nous occupe.

OBSERVATION V Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Sporotrichose gommeuse du bras et de l'abdomen

Femme de quarante-cinq ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels dignes d'être notés, se présente à M. le Professeur Dubreuilh le 19 juin 1908 pour des ulcérations de l'avant-bras droit et de l'abdomen. La première, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, avec des bords décollés, infiltrés, de teinte violacée, offre un aspect tuberculoïde. Celle de l'abdomen, grande comme une pièce de 5 francs, repose sur un tissu cellulaire induré et infiltré.

La lésion de l'avant-bras a débuté il y a deux mois environ, spontanément, par une tuméfaction grosse comme une noisette qui fut incisée à l'hôpital, et traitée par des badigeonnages iodés et des pansements à l'eau oxygénée; son évolution fut celle d'un abcès chaud. Celle de l'abdomen a évolué sans douleurs et s'ouvrit spontanément, deux pertuis donnant issue à un pus blanchâtre.

Léger œdème sous-cutané au niveau du pli du coude droit. Pas de ganglions.

Traitement : Ioduré de potassium, 2 grammes par jour.

29 juin 1908. Sur l'abdomen, la lésion a un aspect violacé, les pertuis sont secs. Sur le bras, *statu quo*. La dose d'iodure est portée à 4 grammes.

24 juillet 1908. La lésion de l'abdomen est complètement cicatrisée. Celle de l'avant-bras l'est aussi, mais dans sa moitié inférieure seulement. La partie supérieure est encore molle, douloureuse, et par la pression on fait sourdre un peu de liquide séreux.

31 juillet 1908. La malade prend 6 grammes d'iodure de potassium depuis le 24. L'avant-bras est en voie de guérison.

10 août 1908. Guérison complète.

OBSERVATION VI Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Gommes sporotrichosiques ulcérées des membres inférieurs

M^{lle} C. ..., seize ans, habitant Bordeaux, se présente à la consultation le 28 octobre 1915 pour ulcères des pieds et des jambes. C'est une jeune fille bien développée, un peu pâle, n'ayant jamais été malade, sujette chaque hiver aux engelures, ne présentant point d'adénopathies cervicales ou autres.

Depuis juin, sont apparus aux pieds et aux jambes des ulcères creux, taillés à pic, irréguliers, larges de 1 centimètre en moyenne, suppurant abondamment et formant des groupes circulaires autour d'une cicatrice, dont l'aspect rappelle la syphilis tertiaire.

Dans ses antécédents on ne trouve ni syphilis, ni tuberculose, et la réaction de Wassermann est négative.

M. Dubreuilh croit à des lésions sporotrichosiques; mais il fait tout d'abord un traitement mixte : 2 grammes d'iodeure, et 1/2 centigramme de biiodure par jour. Au bout d'une quinzaine, pas d'amélioration, les ulcérations ont continué à grandir.

La dose journalière d'iodeure est portée à 4 grammes, et le biiodure est supprimé. Trois semaines après, l'amélioration est très manifeste.

Le 16 décembre 1915, la dose est encore augmentée : la malade prend 6 grammes d'iodeure. Le 29 décembre, tout est cicatrisé, et l'iodeure, commençant à être mal toléré, est supprimé.

En mars 1916 réapparaissent de petites ulcérations grandes comme un grain de blé, surmontées d'une croûte, et entourées d'une auréole violacée. L'iodeure étant mal supporté, on lui donne de l'huile de foie de morue.

Le 3 avril, elle présente à la partie inférieure de la jambe gauche de petites gommes de la grosseur d'un pois. Elle est de nouveau soumise au traitement ioduré : 4 grammes par jour après avoir débuté par des doses très faibles.

Le 11 mai, il persiste encore une petite ulcération, irrégulière, avec une fausse membrane nécrotique. La dose d'iodeure est maintenue à 4 grammes.

Le 7 juillet 1916, tout est guéri.

Mai 1917. La guérison se maintient, les cicatrices sont pâles et souples.

OBSERVATION VII Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Sporotrichose de la face

Henri B..., du 17^e chasseurs alpins a été blessé et fait prisonnier le 20 août 1914. Il est resté longtemps dans les hôpitaux et les camps d'Allemagne ; finalement, en décembre 1916, B... est évacué en Suisse comme grand blessé, avec une jambe incomplètement guérie.

Durant son séjour en Suisse, au début de 1917, la cicatrice de la jambe s'ulcère et une tuméfaction prend naissance au-dessous de l'œil gauche. Attribuée à une tuberculose osseuse, la lésion de la face fut l'objet de deux curettages, mais sans succès.

Le 3 septembre 1917, B... est envoyé à l'Hôpital complémentaire 27 (Bordeaux) dans l'état suivant :

Au-dessous de l'œil gauche et longeant le rebord orbitaire inférieur se trouve un sillon profond qui, partant de l'angle interne et suivant un trajet courbe long de 7 centimètres, aboutit en dehors de l'apophyse orbitaire externe ; en ce point on sent une tuméfaction osseuse, douloureuse, du volume d'une demi-noisette. Le fond de ce sillon est ulcéré, fongueux, suppurant, adhérent à l'os. Les deux lèvres de l'étroite plaie sont papillomateuses et formées de petites languettes irrégulières. La paupière inférieure œdématiée et fortement gonflée est molle et retombante de sorte que l'ulcération linéaire est profondément enfouie et ne peut être vue qu'en écartant les parties voisines gonflées. Le globe oculaire est intact, mais la conjonctive est un peu rouge, étant mal protégée par la paupière inférieure retombante.

A la jambe il y a de nombreuses cicatrices adhérentes, vestiges de la blessure et des opérations consécutives. Sur une de ces cicatrices s'est développé un ulcère fongueux, large comme une pièce de 5 francs, à contour lobé.

En raison de l'aspect particulier des lésions et notamment du bord

déchiqueté et papillomateux de l'ulcération sous-orbitaire, M. le Professeur Dubreuilh pense à la possibilité d'une sporotrichose et soumet le malade au traitement ioduré, avec 6 grammes d'iodure de potassium par jour.

Quinze jours après, l'ulcère de la jambe a sensiblement diminué d'étendue. Celui de la face est moins enflammé, moins suppurant ; la tuméfaction osseuse a presque disparu. La dose d'iodure est portée à 8 grammes par jour, et les lésions sont l'objet de badigeonnages iodés.

9 octobre 1917. La cicatrisation est à peu près complète, tant à la face qu'à la jambe, mais l'œdème de la paupière subsiste sans changement. La dose quotienne d'iodure est augmentée de 2 grammes.

30 octobre 1917. La guérison est complète. A la face, le sillon persiste mais son fond est occupé par une cicatrice et non plus par une ulcération. L'œdème de la paupière reste sans changement ; elle est molle, gonflée et retombante. Cet œdème est dû non à l'inflammation mais au barrage lymphatique que fait la longue cicatrice adhérente. Pour qu'il disparaisse il suffira de rétablir le drainage lymphatique par une opération consistant à exciser la cicatrice, libérer la peau voisine, et réunir les deux lèvres de la plaie, au-dessus de la cicatrice, par une greffe adipeuse qui complètera la dépression et assurera le drainage.

OBSERVATION VIII Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Sporotrichose dermique ulcéreuse du pied

G..., vingt-cinq ans, vient à la consultation le 15 octobre 1917 pour une écorchure du dos du pied gauche datant de deux mois. Il s'est formé un ulcère de la grandeur d'une pièce de 1 franc, actuellement à peu près cicatrisé et présentant une élevation papillomateuse. Au voisinage se sont développés une série de petits ulcères de la dimension d'un grain de maïs, grisâtres, reposant sur une base rouge, ferme, infiltrée.

On soumet G... au traitement ioduré : 6 grammes par jour. Dix jours

après toutes les lésions sont affaissées et cicatrisées. L'iodure de potassium est bien supporté, sauf légère acné iodique.

Un mois après la guérison est complète.

OBSERVATION IX Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Sporotrichose ulcéreuse disséminée

Femme de cinquante-cinq ans, examinée pour la première fois le 22 février 1918. Elle présente des lésions datant de six mois et constituées par de vastes ulcérations serpigneuses, profondément creusées, avec bords taillés à pic, modérément infiltrés, à fond inégal, raviné, suppurant. Elles sont répandues un peu partout, aux membres inférieurs surtout au voisinage du genou, sur l'abdomen, le dos, les membres supérieurs. Quelques lésions de moindre dimension à la face ; les mains et les pieds à peu près respectés. Ces ulcères sont assez douloureux, généralement arrondis et de dimensions variant d'une pièce de monnaie à la grandeur de la main et au delà.

Ils s'accroissent de jour en jour et la malade est épuisée par la douleur, la suppuration, l'inquiétude et l'insomnie. Rien dans les antécédents ne permet de supposer la syphilis ; d'ailleurs l'aspect des lésions n'est pas franchement syphilitique et fait plutôt songer à une mycose. La malade est soumise au traitement ioduré : 4 grammes par jour.

26 mars 1918. On constate une amélioration considérable : les ulcérations sont en grande partie cicatrisées. La dose d'iodure est portée à 6 grammes.

15 avril 1918. Tout est cicatrisé, mais il reste des bords durs, infiltrés, violacés. D'avril à septembre, le traitement ioduré poussé jusqu'à 10 grammes est continué avec des périodes de repos. Toutes les lésions sont à peu près remplacées par des cicatrices minces, souples, pâles ; mais il persiste çà et là, notamment à la face interne du genou gauche et sur le front des îlots violacés larges de 1 à 6 centimètres, légèrement infiltrés, recouverts de squames, parfois ulcérés et croûteux.

Pendant plusieurs mois les îlots récidivent obstinément, semblent guéris, puis réapparaissent tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre, sur le cuir chevelu, le front, les sourcils, sur l'avant-bras, la

région pubienne ou le genou, s'améliorant parfois jusqu'à se réduire à une vague macule rougeâtre ; d'autres fois s'aggravant et formant des ulcérations serpiginieuses pendant les interruptions du traitement.

Il a été fait des curettages qui n'ont donné aucun résultat. Le traitement fut suivi d'une façon discontinue, afin d'éviter l'accoutumance qui était manifeste.

Comme les doses de 8 et 10 grammes paraissaient sans action, au bout de quelques semaines elles ont été graduellement poussées à 12, 15 et 18 grammes par jour. Cette dernière dose a été supportée durant six semaines sans autre inconvénient qu'une grande lassitude et un peu d'inappétence.

Finalement la guérison complète n'a été obtenue qu'en janvier 1919 et s'est parfaitement maintenue depuis sans nouveau traitement.

En septembre 1921, la malade revient fort effrayée. Ayant quelques manifestations de rhumatisme chronique, elle a pris de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Dès le troisième jour est apparue une violente éruption d'iodurides bulleuses disséminées un peu partout, contenant un liquide séro-purulent gélatineux et reposant sur une base largement et profondément infiltrée. La malade a été sensibilisée par les fortes doses d'autrefois et ne peut plus supporter même les doses faibles.

L'éruption qui date de trois jours a rétrocedé aussitôt par la suppression du médicament.

OBSERVATION X Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH)

Sporotrichose du poignet

Louise R... vient à la consultation le 23 janvier 1920 pour une légère tuméfaction indolore du poignet gauche. La malade, âgée de cinquante-huit ans, est bien portante ; dans ses antécédents on ne trouve ni tuberculose ni syphilis.

En 1918 elle présenta à la face dorsale de la main gauche une lésion rouge, infiltrée, ulcérée et offrant tous les caractères d'une lésion

tuberculeuse. Des raclages répétés furent faits, mais sans résultat. Soumise alors à un traitement ioduré interne et prolongé elle vit l'ulcération rétrocéder et guérir ne laissant presque pas de traces.

Il y a deux mois environ, la malade s'aperçut que son poignet gauche enflait; par moments des trainées rouges apparaissaient à la surface de la peau. Cette tuméfaction indolore n'entraînait aucune impotence de la main; mais comme elle semble augmenter de volume et s'accompagne parfois de légères douleurs du côté de l'aisselle, la malade vient nous consulter.

État le 23 janvier 1920. — Examinant son poignet et sa main nous trouvons, à la face dorsale de celle-ci, la cicatrice de l'ancienne lésion. Cette cicatrice est légèrement blanchâtre, plissée, avec quelques points pigmentés.

En appliquant la main sur la face antérieure du poignet gauche nous avons la sensation très nette d'un certain empatement de la région, s'accompagnant de crépitation quand la malade fait des mouvements de flexion de sa main; elle semble due au froissement de petits éléments contenus dans une poche.

Ganglions épitrochléens accusés; pas de ganglions axillaires. L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal.

Le traitement ioduré, à raison de 6 grammes par jour, entraîne une amélioration considérable; le poignet devient plus souple, l'empatement disparaît, et un mois après la guérison est à peu près complète.

OBSERVATION XI Inédite [Photo 3]

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH
et de M. le D^r PETGES)

Sporotrichose verruqueuse du dos de la main et des jambes

Marie R..., cinquante-sept ans, entre dans le service de M. le Professeur Dubreuilh le 24 juin 1921 avec des lésions siégeant sur le dos de la main gauche et sur les deux jambes.

Son affection date de sept mois et motiva une première hospitalisation en janvier 1921. Au dire de la malade, ces lésions étaient la conséquence d'égratignures faites par un chat deux mois auparavant. La

réaction de Wassermann étant positive, un traitement par le novarsénobenzol fut alors institué; mais au bout de quelques jours la malade quitta l'hôpital sans que ses lésions se soient améliorées. Bien au contraire elles gagnèrent par la suite toute la région dorsale de la main gauche et de nouvelles apparurent aux jambes. Ne pouvant plus travailler, elle se fit hospitaliser une deuxième fois.

État le 25 juin 1921. — Le dos de la main est occupé par un vaste placard rouge, infiltré, suppurant, qui respecte seulement le 1^{er} métacarpien. Ce placard, de forme arrondie, saillant, est recouvert d'un épiderme mince ou de croûtes. La surface est toute mamelonnée de saillies papillaires, irrégulières, larges de 2 à 3 millimètres, enchevêtrées, séparées par des dépressions et des fissures. Ce hérissément verruqueux est recouvert de croûtes et troué de nombreux pertuis, d'où l'on fait sourdre, par la pression, une sérosité visqueuse et louche.

Sur le bord cubital du poignet on trouve une plaque cicatricielle assez douloureuse due à la guérison d'une partie de la lésion de janvier.

La jambe gauche présente six ou sept grandes lésions de 4 à 6 centimètres de large, arrondies ou ovalaires, couvertes de croûtes et offrant un mélange de papillomatose et d'ulcérations. L'une d'elles, à la partie interne du mollet, est ronde, un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs, faiblement ulcéreuse, creusée à l'emporte-pièce avec fond rouge, mamelonné, suppurant; un bord taillé à pic entouré d'une auréole érythémateuse et reposant sur une base œdématisée. Au centre de cet ulcère, un mamelon de la grosseur d'un pois, saillant, épidermisé.

Les autres lésions forment des placards ovalaires dont la surface est bombée de saillies larges comme un grain de chènevis ou une lentille, enchevêtrées, séparées par des sillons renfermant de multiples pertuis d'où s'écoule un pus sanguinolent et épais. Ces plaques donnent à la palpation une sensation d'extrême mollesse.

Sur la jambe droite deux autres lésions analogues aux précédentes, mais plus petites, beaucoup moins enflammées, moins saillantes, moins infiltrées, paraissant en voie de guérison, mais la palpation en fait encore sortir du pus.

En outre, sur les jambes et les cuisses sont disséminées de petites

lésions d'aspect érythémateux et constituées par des pustules de la grosseur d'un grain de mil, peu saillantes, avec auréole rouge et une base infiltrée.

A noter quelques petits ganglions axillaires et inguinaux peu importants. Au poumon, rien de suspect. Bon état général.

La spécificité étant en jeu, on soumet R. . . au traitement mercuriel et arsenical ; mais il n'entraîne aucune amélioration. Le diagnostic de sporotrichose verruqueuse fut alors envisagé et on pratique un ensemencement de pus sur milieu de Sabouraud.

15 juillet 1921. Le traitement iodo-ioduré seul est prescrit : 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Les ulcérations n'ont guère changé d'aspect ; elles sont moins douloureuses, mais en somme pas plus de changement que n'en comportent le repos et les pansements humides faits depuis une quinzaine de jours.

25 juillet 1921. Les lésions sont beaucoup moins enflammées, moins humides, légèrement affaissées. Par-ci par-là quelques îlots affaissés en voie de guérison. La plupart des pertuis sont comblés ; mais un pus crémeux et louche s'accumule encore sous les croûtes qui masquent de petites ulcérations.

Le premier ensemencement n'ayant rien donné on en pratique un deuxième.

1^{er} août 1921. Les lésions ont complètement changé d'aspect ; elles ne sont ni enflammées ni humides ; des cicatrices parcheminées ont remplacé cette surface végétante et fongueuse ; çà et là, la pression fait sourdre encore quelques gouttelettes de pus. Les lésions de la jambe, plus étendues, semblent guérir plus lentement.

10 août 1921. La malade, dont la dose d'iodure de potassium a été portée à 6 grammes et à qui l'on fait toujours des applications humides iodurées, est en excellente voie de guérison. L'échec complet du traitement antisypilitique était de toute évidence, puisque, un mois après cessation de ce traitement, les lésions ont fondu à vue d'œil sous la seule influence de l'iodure.

22 août 1921. La guérison est à peu près totale, et huit jours après la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Le deuxième ensemencement resta également sans effet. Mais devant l'inefficacité du traitement antisypilitique, un état général satisfai-



PHOTO 3 (MM. DUBREUILH et PETGES)
Sporotrichose verruqueuse (jambe gauche)



PHOTO 4 (MM. VERDELET, PETGES et LASSERRE) 26
Sporotrichose hypodermique (jambe gauche)

sant et les résultats excellents et rapides de l'iodure de potassium, il y a tout lieu de penser à une sporotrichose verruqueuse.

III

Au sujet de ces observations où la thérapeutique plus fidèle a confirmé un diagnostic douteux, il est bon de rappeler que l'on ne peut pas toujours exiger des cultures un résultat positif. Il est des cas où l'on trouve tous les symptômes de la sporotrichose dont le diagnostic est confirmé par l'évolution et l'efficacité du traitement, et chez lesquels, sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi, on n'arrive pas à mettre en évidence le parasite causal.

C'est généralement dans la clientèle urbaine ou chez les malades qui ne peuvent séjourner longtemps dans la ville où ils viennent chercher une consultation que l'on observe ces résultats négatifs, alors qu'il s'agit cependant de sporotrichose. Dans ces cas on ne fait que de rares ensemencements espacés, insuffisants à déceler l'agent pathogène alors que des ensemencements plus fréquents auraient certainement permis d'obtenir de meilleurs résultats.

Il y a là une inconnue qui soulève un problème du plus gros intérêt, et c'est justement pour cela qu'il est nécessaire, longtemps encore, d'étudier avec soin et de publier les caractères des cas de sporotrichose confirmés par l'examen bactériologique, afin d'avoir le droit, quand on se trouve en face de syndromes ayant les mêmes caractères cliniques, d'affirmer qu'il s'agit bien de sporotrichose.

Ce travail clinique, aidé par les recherches parallèles du laboratoire, a été fait à propos de toutes les maladies bien connues ; si nous savons distinguer une fièvre typhoïde d'une paratyphoïde, si nous commençons à discerner une paratyphoïde A d'une paratyphoïde B en nous inspirant des seuls signes cliniques, c'est qu'antérieurement un long travail analytique et expérimental nous a appris à différencier ces divers états, avec les réactions du laboratoire comme critère. Le moment est venu d'agir pareillement en ce qui concerne la sporotrichose dont les caractères cliniques sont si nets.

IV

Bien que pendant la guerre on n'ait point poussé méthodiquement les recherches et que l'on se soit contenté de faire de la médecine courante, la facilité avec laquelle nous groupons 22 observations pour la période de 1908 à 1921 nous porte à croire que la sporotrichose est plus fréquente qu'on ne le suppose dans la région bordelaise.

Un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux ou exerçant dans d'autres villes du Sud-Ouest, questionnés à ce sujet, nous ont cependant dit avoir très rarement rencontré la sporotrichose, ou n'en avoir pas observé de cas personnels. Quelques-uns, plus rares, considèrent cette affection comme banale.

Malgré cela nous nous demandons, avec MM. Dubreuilh et Petges, si réellement la sporotrichose n'est pas plus méconnue que rare ; c'est vraisemblable.

ÉTIOLOGIE

La cause vraie, déterminante de la sporotrichose, c'est la pénétration du *Sporotrichum* dans l'organisme. Les germes de ce champignon existent dans la nature où ils vivent en saprophytes : ce sera donc dans le monde extérieur que les malades trouveront le contagé. Ils végètent sur le bois — en deux points des Alpes françaises Gougerot trouva le *Sporotrichum Beurmanni* dans les écorces de bois pourris, — prospèrent sur les légumes, vivent dans le sol, se trouvent dans l'air et deviennent pathogènes par inoculation et adaptation parasitaire surtout chez les sujets débilités par la tuberculose, la syphilis, le diabète, l'alcoolisme et habitant dans les milieux humides, malpropres, favorables au développement des moisissures.

Le plus souvent l'infection se produit à la faveur de quelque injure au revêtement cutané ou muqueux ; mettant à profit la moindre éraillure, ces germes pénètrent dans l'organisme et nombreux sont les exemples de contamination due à une plaie cutanée. Parmi les plus caractéristiques nous citerons le cas de

sporotrichose survenu chez un automobiliste qui s'écorcha le dos des mains en nettoyant son carter souillé de boue et de petits graviers acérés : M. le Professeur Sabrazès en rapporta l'histoire dans une de ses leçons (28). Durant la guerre, M. Petges a également observé quelques cas de sporotrichose dont la porte d'entrée était une blessure même insignifiante.

Parfois l'infection s'opère spontanément ; le parasite déposé sur le tégument pénètre à travers la peau « saine », sans lésion préalable évidente, comme l'ont démontré de Beurmann et Gougerot, et la remarquable auto-observation d'Attilio Fava nous en fournit un exemple des plus caractéristiques (31).

L'ingestion alimentaire est également incriminée comme autre mode d'introduction du parasite dans l'organisme, les muqueuses buccale et digestive pouvant être le point de départ de l'infection. Il se dissémine ensuite par véritable septico-pyohémie, empruntant tantôt la voie artérielle, tantôt la voie lymphatique, véhiculé par les polynucléaires, les macrophages en particulier.

Cette dissémination par circulation sanguine artérielle expliquerait certaines localisations dont l'étiologie reste obscure.

Dans notre cas de sporotrichose pulmonaire (Obs. III), nous avons tout d'abord songé à l'étiologie aérienne, théorie fort séduisante par sa logique et sa simplicité. Mais les données fournies par l'application systématique de l'hémoculture à l'étude des maladies infectieuses vinrent établir, voilà une quinzaine d'années, la notion de la fréquence des bactériémies. Widal et ses élèves, en particulier, montrèrent que la plupart des lésions infectieuses constatées cliniquement dans les organes et qu'on serait tenté de regarder tout d'abord comme primitives, ne sont souvent, en réalité, que l'expression de manifestations secondaires de ces bactériémies. Gougerot étendit cette notion au *Sporotrichum Beurmanni*, et sur la foi de nombreuses expériences invoqua l'origine hématogène de l'infection sporotrichosique pour expliquer certains cas cliniques spéciaux, tels que la localisation pulmonaire. Il semble donc que l'étiologie aérienne doive être écartée en faveur de l'origine sanguine, le *Sporotrichum*, roulé par le torrent circulatoire et provenant peut-être

des décharges d'un foyer d'infection qui reste plus ou moins latent au sein de l'organisme. pouvant se localiser tardivement au poumon.

Rappelons à ce sujet que le *Sporotrichum* peut devenir pathogène à la faveur de circonstances qui nous échappent en partie, mais dont trois paraissent certaines. L'une d'elles mérite particulièrement de retenir notre attention : *c'est la diminution de résistance du terrain*. Assez souvent les sporotrichosiques ont une tare physiologique qu'ils ignorent, tuberculose, syphilis, diabète, alcoolisme ; elle favorise le développement du parasite et le rend plus tenace. C'est, du reste, un facteur banal que nous retrouvons dans toutes les maladies.

Dans le cas précédent (Obs. III), la sporotrichose pulmonaire se manifesta au déclin d'une paratyphoïde : aux phénomènes de bronchite du début s'ajoutèrent des signes de tuberculose avancée qui alarmèrent l'entourage jusqu'à ce que l'examen cytologique et l'ensemencement des crachats aient montré la nature véritable de l'affection. Les malades de M. le Professeur Dubreuilh (Obs. I et XI) étaient l'un diabétique et l'autre syphilitique.

Viennent ensuite comme causes favorisantes : *l'augmentation de virulence du parasite et la sensibilisation de l'organisme par le germe*.

SYMPTOMES ET TYPES CLINIQUES

La peau est le terrain de prédilection de la sporotrichose humaine. Il est difficile d'en faire une description synthétique ; elle emprunte sa personnalité clinique à son évolution plutôt qu'à un groupe de symptômes personnels bien définis.

La sporotrichose frappe la peau de façons différentes, depuis les lésions superficielles de l'épiderme jusqu'aux lésions plus profondes du derme, mais c'est surtout dans ses localisations dermiques qu'elle acquiert sa physionomie la plus spéciale et la plus caractéristique.

Cette mycose est remarquable par la multiplicité et le polymorphisme des lésions, évoluant à des âges différents, disséminées au hasard et sans symétrie sur une partie quelconque du corps, se présentant sous des aspects multiformes de verrucosités, de croûtes enchassées dans des zones d'infiltration, d'abcès gommeux, avec évolution lente, tendant au ramollissement, à la suppuration, à la cicatrisation spontanée, mais avec extension de proche en proche, ne guérissant pas spontanément et évoluant d'une façon chronique pendant des années, malgré la cicatrisation des lésions les plus anciennes.

De tels caractères font penser tout d'abord à la tuberculose et à la syphilis. La maladie emprunte en effet deux formes principales : l'une dite *syphiloïde* que caractérisent des placards à bords festonnés, circinés, rappelant certaines syphilides sclérogommeuses à évolution lente ; mais dans la sporotrichose le tracé n'est pas aussi curviligne que dans la syphilis ; il est plutôt formé de courts segments de ligne droite, réunis par des angles arrondis ; « Le pus décolle la peau au delà de l'aire croûteuse et forme autour d'elle de petits récessus fluctuants » ; leurs bords sont œdématisés, mous, sans l'infiltration dure de la syphilis, dont les lésions ont une couleur rouge cuivré qui n'existe pas ici ; dans la sporotrichose, les placards cicatriciels sont recouverts d'un épiderme plus fin, plus lisse, moins raviné. Ces placards, exceptionnellement uniques, sont accompagnés d'autres lésions à des stades d'évolution différents.

Dans l'autre forme, dite *tuberculoïde*, s'observent des ulcérations disséminées (Obs. IX) ayant l'apparence de gommes tuberculeuses ouvertes et fistulisées, à évolution froide, indolores, avec des bords rouges et violacés, bruns, pigmentés, minces ou boursoufflés, non infiltrés, presque toujours décollés ; ils sont frangés, déchiquetés, comme rongés par les rats. Le fond est recouvert d'une croûte adhérente, jaune sale, brunâtre, sous laquelle on voit une surface plane saignant facilement, rouge, bourgeonnante, mais d'aspect atone, rappelant les gommes scrofulo-tuberculeuses. Lorsqu'il y a des ulcérations voisines, leur fond communique et ne forme qu'une ulcération divisée par

un ou plusieurs ponts de peau dont la conservation donne un caractère particulier aux cicatrices.

Certaines ulcérations plus petites se réduisent à une étroite fistule masquée par une croûte d'où sort un pus visqueux, opaque, souvent hématique; en s'agrandissant, elles mettent à nu un fond rosé bourgeonnant, lisse ou anfractueux, quelquefois tacheté d'enduit purulent et saignant au moindre contact.

Si ces lésions guérissent, elles laissent une cicatrice déprimée, en cupule, grande comme une pièce de 1 franc ou davantage, délicatement plissée, douce au toucher, recouverte d'un épiderme très fin, plus ou moins pigmenté en brun, surtout au niveau de ses bords qui sont irréguliers et comme festonnés. De petits ponts de peau bien cicatrisés, plats ou arrondis, au-dessous desquels le passage du stylet est facile, sont souvent observés.

Chez la plupart de nos malades, c'est cette forme à lésions dermo-hypodermiques *multiples et disséminées* que nous avons constatée. Mais il est des cas de *sporotrichoses localisées* où l'on observe l'infection sur place, et l'accident primitif : ce sont de *vrais chancres d'inoculation* (23). Exceptionnellement le *Sporotrichum* reste localisé au point d'inoculation; il envahit le plus souvent les lymphatiques et provoque la formation d'un cordon lymphangitique parsemé de gommes indolentes reproduisant les caractères déjà indiqués : c'est la *lymphangite gommeuse ascendante*. Parfois, mais assez rarement, il lèse les ganglions régionaux et détermine une *adénite sporotrichosique concomitante*.

Fréquemment la sporotrichose revêt aussi l'aspect végétant de *la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf*. MM. Dubreuilh (Obs. XI) et Petges (Obs. IV) en ont observé tout dernièrement deux cas des plus typiques : c'étaient des lésions circulaires du dos de la main ou du poignet, de 5 à 10 centimètres de diamètre, composées de deux zones : une zone centrale bosselée, rugueuse au toucher, présentant des mamelons verruqueux séparés par des ulcérations linéaires enchevêtrées, laissant sourdre à la pression de fines gouttelettes de pus jaune brun qui

émerge de petits abcès dermiques ; et la bordure papillomateuse, légèrement en relief, sertissant ce fond sur une largeur de 0 cent. 50 à 1 centimètre.

Il est encore une forme particulière et assez fréquente de cette mycose, c'est la forme *hypodermique ulcéro-gommeuse*, dont nous relatons un cas (Obs. II). Elle se traduit par des nodosités sous-cutanées plus ou moins nombreuses, sans systématisation ni localisation électives, reliées les unes aux autres par un chapelet lymphangitique noueux ou simplement induré. Non traitées, elles adhèrent progressivement à la peau, s'y enchâssent, grossissent ; bientôt en deux ou trois semaines, elles rougissent, deviennent saillantes, formant une sorte d'abcès froid à forme arrondie ou ovulaire. Puis ces gommes se ramollissent, le centre devient mou, dépressible, et aboutissent finalement au stade d'ulcération ; elles s'ulcèrent en écumoire ; les pertuis confluent ; des lanières de peau forment des traits d'union et comme des ponts de passage d'un clapier à l'autre. Il en suit un pus épais, visqueux, jaune ou verdâtre, très souvent d'aspect hématique ; si on ouvre au bistouri l'abcès, incapable de se vider par les pertuis fistuleux, il laisse sourdre une grande quantité de pus séreux plutôt que grumeleux, dépourvu de grains jaunes et différent de ce que l'on voit dans la tuberculose, la syphilis, l'actinomycose, les folliculites cocciques.

Nous signalerons enfin la *sporotrichose généralisée à forme septicémique* (29) dont MM. Petges et Pozzi publièrent un cas en 1920. Leur observation, très intéressante, était caractérisée par l'étendue des lésions, la multiplicité des gommes [325], la rapidité de généralisation et la gravité de l'état général ; dès que le diagnostic clinique fut établi, confirmé en quelques heures par l'examen microscopique, et en trois jours par les cultures, le traitement ioduré amena la guérison complète en un mois et demi.

Mais la sporotrichose n'est pas une maladie uniquement cutanée ; elle envahit les voies lymphatiques sans respecter les ganglions ; elle lèse les muqueuses bucco-pharyngées, laryngées, trachéales, conjonctivales (39). Elle se localise sur les os (10),

les synoviales (11), les gaines tendineuses, les articulations (14), les muscles (21), le rein, le poumon (Obs. III), et dans chacune de ces localisations elle peut créer les manifestations les plus riches et les plus variées.

ÉVOLUTION — COMPLICATIONS

En dépit de la multiplicité des lésions, de leur étendue, la sporotrichose conserve le plus souvent les allures d'une affection locale, sans retentissement sur l'état général, les formes septicémiques et toxémiques exceptées. Négligée, elle est susceptible d'entraîner dans les formes indéfiniment prolongées une cachexie profonde avec toutes ses conséquences, tant par sa qualité de maladie spécifique et par son agent propre que par la suppuration prolongée due à des abcès multiples et à des infections secondaires.

C'est une maladie de l'âge adulte; mais on peut l'observer chez des sujets de tout âge : M. Petges la rencontra deux fois chez des enfants de deux et six ans; Widal et Joltrain citent un enfant de sept ans; plusieurs de nos malades avaient dépassé la soixantaine. MM. J. Carles et Petges publièrent en 1913 un cas de sporotrichose survenu chez une octogénaire (22).

Très sensible au traitement, elle récidive souvent si le traitement est insuffisamment prolongé, et Gougerot signale des réviviscences de lésions, guéries en apparence, et des rechutes. Enfin la sporotrichose n'immunise pas l'organisme

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

On songera à la sporotrichose devant toute affection qui, autrefois, n'éveillait dans l'esprit du médecin que l'idée de syphilis, de tuberculose ou de suppuration chronique. Et il convient de bien se pénétrer de l'importance de ce diagnostic, en raison de la confusion facile de l'affection avec les lésions cutanées de la syphilis et toutes les variétés hypodermiques de la tuberculose. On évitera ainsi les graves conséquences que pourrait entraîner pareille méprise. D'ailleurs le diagnostic s'impose en vue d'une guérison rapide du malade par le traitement ioduré ; ce diagnostic dissipera ses craintes et le rassurera sur l'avenir par le pronostic bénin qu'il entraîne.

Il doit être clinique et expérimental : l'examen systématique du malade avec traitement d'épreuve par l'iodure, la culture sur milieu gélosé de Sabouraud et la sporo-agglutination seront les trois méthodes pratiques du diagnostic des sporotrichoses.

I

Dans le diagnostic différentiel clinique, il faut éliminer la syphilis, la tuberculose en premier lieu, puis les infections cocciennes, et certaines mycoses, l'actinomyose en particulier ; celui de pénicilliose fut également envisagé dans notre cas de sporotrichose pulmonaire (Obs. III).

a) Diagnostic avec la syphilis : Est-on en présence d'une forme non ulcéreuse pour admettre l'existence probable de la

mycose, on s'appuiera sur le nombre des éléments, le plus souvent supérieur à cinq, apparus successivement, sans systématisation ; sur l'accroissement rapide du nodule et sa suppuration précoce ; sur l'absence presque constante de lésions des muqueuses si fréquentes dans la syphilis ; enfin, l'évolution habituelle de la gomme syphilitique ramollie est l'ulcération, tendant à s'agrandir, souvent mutilante, et laissant à nu une masse nécrosée blanc jaunâtre, tissulaire plutôt que purulente ; l'ulcération sporotrichosique au contraire, précédée de fluctuation, tend à se cicatriser et à se refermer sur l'abcès qui persiste au-dessous, ou bien s'ouvre par un petit pertuis d'où s'écoule un liquide séro-purulent, visqueux mais non bourbilleux.

A-t-on affaire à une sporotrichose ulcéreuse, la question est plus délicate ; de part et d'autre, en effet, les lésions peuvent être nombreuses et leur aspect des plus trompeurs. On se basera sur la fonte moins complète que dans la syphilis et sur les caractères de l'ulcération : sa configuration est irrégulière avec des bords frangés, décollés, boursoufflés, mais non taillés à pic, et des languettes contrastant avec les lésions arrondies circonscrites de la syphilis. La peau est souvent violacée ou brunâtre, mais ne présente pas cet aspect rouge cuivre de la syphilis.

Enfin, dans toutes les formes syphiloïdes de la sporotrichose, il est indispensable de rechercher les antécédents et surtout de faire la réaction de Wassermann. Positive, il ne faudra point arrêter là nos investigations, et instituer un traitement spécifique dont les effets pourront être nuls sur la marche des lésions. N'oublions pas que la sporotrichose peut se rencontrer chez un syphilitique (Obs. XI) où elle devient très tenace, et dans ces cas l'épreuve du traitement nous donnera de précieux renseignements. Chez notre malade, de vastes ulcérations qui résistaient aux injections de novarsénobenzol et de biiodure de Hg., auxquelles obéissent d'ordinaire les accidents dus au tréponème, cédèrent à l'iodure en quelques semaines. Avant toute culture, une telle épreuve nous mettait sur la voie de la mycose.

b) *Diagnostic avec la tuberculose* : Il se présente très souvent en clinique, et dernièrement, dans le service de M. le Professeur Dubreuilh, nous eûmes à observer un malade offrant des gommes de la région cervicale qui firent penser à la sporotrichose. Ces gommes, au nombre de sept à huit, localisées dans la région mastoïdienne et sous-maxillaire, étaient hypodermiques et intra-musculaires, et accompagnées de ganglions carotidiens légèrement engorgés. Certaines, ramollies, s'abcédèrent donnant issue à une sérosité mêlée de grumeaux caséeux. Légèrement douloureuses, elles restèrent longtemps stationnaires, le traitement ioduré ne leur apportant qu'une amélioration insignifiante.

Les gommes sporotrichosiques, au contraire, sont multiples, mais la multiplicité ne devra être retenue que lorsque le nombre des lésions dépassera vingt-cinq et trente, et surtout, lorsque cette multiplicité contrastera avec un état général peu atteint; elles sont ordinairement disséminées, tandis que les lésions tuberculeuses à forme gommeuse se localisent avec prédilection sur le visage, dans les régions ganglionnaires, articulaires et surtout au voisinage des lésions tuberculeuses sous-jacentes.

Le sporotrichosique n'a point l'aspect du scrofuleux aux ganglions cervicaux engorgés, ramollis, fistulisés, entouré de cicatrices irrégulières, souvent chéloïdiennes. En outre, le sporotrichome, ramolli, contient du pus visqueux, homogène et non une sérosité mêlée de grumeaux caséeux. Les cicatrices de ces lésions sporotrichosiques sont le plus souvent souples, lisses, irrégulières ou étoilées; à trait cicatriciel étroit; l'auréole est large, brun violacé et reste longtemps pigmentée.

Enfin, une santé générale assez bien conservée et l'absence d'autres lésions ganglionnaires ou pulmonaires sont en faveur de la sporotrichose.

Mais il est une forme qui peut rendre hésitant le plus habile praticien : nous voulons parler de la sporotrichose végétante et verruqueuse (Obs. IV et XI), qui rappelle la *tuberculose verruqueuse de Riehl et Palttauf*. De part, et d'autre, c'est le même

aspect papillomateux, végétant et humide, avec mamelons verruqueux séparés par des ulcérations linéaires enchevêtrées, donnant parfois à la pression un pus blanchâtre. Cependant, la sporotrichose a une évolution plus rapide; elle s'étend plus vite et plus largement chez les sujets indemnes de tuberculose et dont l'état général est excellent, tandis que la tuberculose verruqueuse survient souvent chez les tousseurs à bacilles de Koch, et chez ceux qui sont exposés à la contamination tuberculeuse. L'heureuse modification apportée par le traitement ioduré et l'inoculation négative au cobaye prouveront que seul le *Sporotrichum Beurmanni* est en cause, même si les premières cultures ne donnent point de résultats positifs.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés de diagnostic avec toutes les autres variétés de tuberculoses cutanées; on sera souvent obligé de recourir à l'examen bactériologique; le polymorphisme et la multiplicité des lésions seront cependant les meilleurs signes de sporotrichose.

c) *Les suppurations dermiques*, les ecthymas, les furoncles torpides, dont l'évolution est plus rapide et la purulence plus précoce, pourront parfois être difficiles à reconnaître; mais les éruptions polymorphes et les lésions chroniques d'âges différents, non accompagnées de rougeurs ni d'adénite, affirmeront la sporotrichose; dans le doute, faire l'examen bactériologique.

d) *Diagnostic avec l'actinomycose* : Il est presque toujours facile. Les lésions cutanées actinomycosiques se groupent autour de la bouche, du tube gastro-intestinal. Elles sont le plus souvent agminées en un placard unique plus ou moins arrondi, siégeant dans la région cervico-faciale; elles sont plus dermiques qu'hypodermiques. La tuméfaction devient dure, ligneuse, entourée d'un œdème diffus. Enfin, lorsque l'abcès s'ouvre, il donne issue à un pus crémeux contenant des *grains jaunes d'actinomycète* caractéristiques de l'affection, qui ne détermine ni gommes nombreuses disséminées, ni lymphangites ascendantes. Bien souvent l'examen direct du pus sur lame suffit à affirmer l'actinomycose.

Quant au diagnostic d'aspergillose et de pénicilliose envisagé dans notre Observation III, il fut facilement écarté, car la morphologie et les cultures sont nettement différentes de celles de la sporotrichose.

Bref, des lésions disséminées ou échelonnées, offrant des aspects disparates : tuberculoïdes ulcéreuses et végétantes, syphiloïdes ecthymatiformes ; de sièges divers : dermiques, hypodermiques, musculaires, osseuses ; à évolution rapide vers la suppuration ; avec conservation de l'état général et le plus souvent non accompagnées d'adénite, feront toujours songer à la sporotrichose. Mais l'examen bactériologique seul donne la certitude.

II

Le diagnostic bactériologique utilise des méthodes multiples ; dans la pratique courante on n'emploiera que la culture à froid sur gélose peptonée de Sabouraud : Gougerot en a noté tous les détails avec une minutie à laquelle il n'y a rien à ajouter. La technique, des plus simples, est à la portée de tout praticien : un badigeonnage à la teinture d'iode diluée sur une gomme ramollie précédera une ponction avec une pipette stérilisée ou une seringue de Pravaz munie d'une grosse aiguille ; on recueillera, dans une lésion, une quantité de pus assez grande jusqu'à 0 cent. 5, ou à 1 centimètre cube, puis on le versera dans le tube. Le séjour dans une chambre modérément chauffée permettra le développement des cultures. Il n'est donc point besoin ni de laboratoire ni d'étuve. Notons encore que les milieux de culture se trouvent dans toutes les pharmacies. Vers le dixième ou douzième jour se développent des colonies saillantes, montagneuses, finement circonvolvées et brunâtres dont « l'aspect est à lui seul pathognomonique ».

Ce délai assez long peut être abrégé par l'artifice de la coulée du pus sur verre sec que recommande Gougerot : on fait couler du pus sur le verre sec et à l'angle formé par le tube et la gélose on pourra voir, au bout de deux à trois jours, au microscope et

à faible grossissement, de nombreux filaments sporulés caractéristiques. A signaler également la technique des lames sèches, autre procédé de diagnostic précoce que nous avons employé avec succès chez notre malade à localisation pulmonaire (Obs. III).

D'autres recherches biologiques permettront encore d'établir le diagnostic. Widal et Abrami ont réglé le séro-diagnostic de la sporotrichose ; on peut faire la sporo-agglutination et chercher la réaction de fixation du complément : de Beurmann et Gougerot ont étudié l'intra-dermo-réaction, mais elle ne paraît pas absolument spécifique. Ces méthodes biologiques demandent une pratique et une installation de laboratoire trop spéciales pour être étudiées ici.

Enfin l'inoculation intra-péritonéale du pus sporotrichosique au rat mâle provoque une orchite précoce utilisable pour le diagnostic, comme l'ont établi de Beurmann, Gougerot et Vaucher en 1907. Le cobaye, peu sensible à la mycose, servira à éliminer la tuberculose. Mais ce sont des méthodes d'exception, car le *Sporotrichum Beurmanni* est de faible virulence.

L'examen direct du pus sur lame, battu en brèche par de nombreux auteurs, « méthode à délaissier en pratique courante » (de Beurmann et Gougerot), nous a mis sur la voie du diagnostic chez un de nos malades (Obs. III) ; son expectoration paraissant suspecte, un examen bactériologique des crachats fut fait : un Ziehl ne permit point de déceler de bacille de Koch, mais on trouva, dans la préparation, des spores ovoïdes. Elles prenaient le Gram, apparaissant entourées d'une auréole translucide, greffées sur des filaments colorés en violet et ayant l'aspect de filaments mycéliens.

Les frottis seront colorés au bleu de méthylène de Sabrazès à 1 pour 500 sans fixation préalable, ou à la thionine phéniquée. M. Petges emploie surtout le bleu polychrome de Unna dilué, qui met mieux en évidence les rares corps « en navette » caractéristiques, que MM. Niclot, Viéron et Petges (18), Dubreuilh, Petges et Bonnin (13), Petges et Pozzi (29) trouvèrent à l'examen des frottis de leur malade.

L'examen du pus sporotrichosique mettra, en outre, en évi-

dence la polynucléose et la macrophagie qui s'opposent à la mononucléose du pus tuberculeux.

En somme cette épreuve nous guidera dans notre diagnostic qui ne sera confirmé que par le résultat positif des cultures; comme la recherche du *Sporotrichum* dans le pus étalé sur lame est aléatoire et peu pratique, la recherche du bacille de Koch par le Ziehl est plus facile et affirmera immédiatement la nature tuberculeuse de la lésion.

En résumé, comme nous le disions plus haut, l'examen clinique du malade, la culture sur milieu gélosé de Sabouraud et la sporo-agglutination, sont les trois méthodes pratiques du diagnostic de la sporotrichose: les autres ne sont que des procédés d'exception. Mais si, faute de matériel, on ne peut pratiquer la culture ou la sporo-agglutination, rien n'est plus facile que d'instituer un traitement ioduré d'épreuve comme l'on institue un traitement mercuriel.

Cette épreuve diagnostique thérapeutique mérite, en effet, une mention spéciale. Avant que le diagnostic clinique ne soit confirmé par les résultats du laboratoire, si l'on soupçonne la sporotrichose, rien n'est plus simple que d'essayer le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium. C'est ce que nous avons fait chez plusieurs de nos malades, y compris les cas de *mycoses incultivables*. Leur état s'améliora rapidement jusqu'à guérison complète, ce qui démontre que le traitement d'épreuve est un critérium dont la valeur est incontestable.

Mais gardons-nous de pécher par excès, et d'attribuer au *Sporotrichum Beurmanni*, que le laboratoire n'aura pu mettre en évidence, toutes les lésions qui céderont à l'iodure de potassium, celles de l'actinomyose exceptées, assez facilement éliminée par ses caractères cliniques tout différents. Il existe en effet d'autres mycoses, inconnues pour l'instant, qui pourraient nous induire en erreur; ce qui nous amène à conclure que les bons effets de ce traitement d'épreuve sont simplement en faveur de la sporotrichose.

Si nous voulons, enfin, vérifier l'efficacité de cette *médication anticipée*, il ne faudra jamais employer concurremment, au début,

l'iodure de potassium avec les arsénobenzènes et le mercure par exemple ; sinon, après guérison, on ne saura point s'il s'agit de syphilis ou de sporotrichose. Pour qu'elle ait toute sa valeur il faudra, dans les cas douteux, et ce fut notre ligne de conduite chez un de nos malades (Obs. XI), prescrire tout d'abord un traitement mercuriel ou arsénobenzolé et n'avoir recours à l'iodure qu'après que l'inefficacité du premier traitement aura été établie sans doute possible, et après un temps suffisant pour permettre d'affirmer que le mercure et les arsénobenzènes n'ont pas influencé les lésions.

PRONOSTIC

Sauf de rares exceptions, le pronostic de la sporotrichose dépend uniquement de la précocité du diagnostic.

Méconnue, elle resté incurable et, s'éternisant, devient une maladie de haute gravité troublant profondément l'état général. Même dans les cas graves, où l'état général est précaire et la cachexie avancée, la guérison est de règle si le traitement spécifique est prescrit à doses voulues et les muqueuses intactes. Gougerot a bien fait ressortir le danger du saprophytisme du parasite sur les muqueuses et la nécessité qu'il y avait à le faire disparaître rapidement si l'on ne voulait point voir apparaître des complications mortelles.

Avons-nous affaire à une sporotrichose mal traitée, ou bien le traitement est-il mal toléré ? La question est délicate. En effet, l'insuffisance du traitement est due quelquefois à une intolérance réelle du malade, souvent à une tuberculose associée ; dans ces cas, ne pas s'obstiner à poursuivre un traitement pénible par l'iodure. Il faudra recourir aux succédanés iodiques, les administrer au besoin par d'autres voies que la voie digestive, et s'appliquer tout particulièrement à rendre plus actif le traitement local iodé. Parfois les doses journalières prescrites : 3 à 6 grammes, ne sont pas actives, parce que trop faibles ; ne pas hésiter à augmenter progressivement les doses, tout en surveil-

lant les accidents. Enfin, dans les cas rebelles à l'iodure, la sérothérapie, dont les résultats sont très encourageants, devra être essayée.

Quant à la sporotrichose reconnue et traitée dès le début, elle devient la plus bénigne des infections si le traitement est prolongé même après la guérison complète. Les seuls cas où notre thérapeutique sera impuissante à enrayer le mal sont ceux où la sporotrichose est greffée sur un état morbide antérieur grave, comme la tuberculose, ou ceux, plus exceptionnels, dus à une hypervirulence du germe et à une hypersensibilisation du terrain.

En général, un diagnostic rapide, permettant un traitement précoce et suffisant, aura aisément raison de la maladie.

Le pronostic de la sporotrichose est donc fonction du diagnostic; il ne s'agit pas d'une de ces nombreuses maladies dont l'évolution normale tend à la guérison sous la seule influence des défenses et des résistances de l'organisme.

TRAITEMENT

« Le traitement presque spécifique de la sporotrichose, — disaient en 1906 de Beurmann et Gougerot, — est l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour; s'il est mal supporté, on peut essayer les autres iodures : iodure de sodium et d'ammonium. On tentera de le mélanger au sirop d'écorces d'oranges amères et de l'associer à des antiseptiques intestinaux. La guérison est ordinairement rapide en quinze, vingt, soixante jours. Le traitement devra être continué quelques jours après la disparition des nodosités, afin d'éviter les récidives qui, sans cette précaution, sont la règle; il sera repris à toute menace de récidive. Les nodosités, après incision, seront pansées à l'eau iodo-iodurée; les abcès trop volumineux ou gênants seront ponctionnés et injectés avec une solution iodo-iodurée ». Et depuis, les effets de ce traitement général et local ont toujours été excellents.

D'ordinaire, l'iodure de potassium est présenté par la voie buccale. On commence, d'emblée, par la dose de 2 grammes et on augmente tous les deux jours de 50 centigrammes pour atteindre 4 grammes, dose nécessaire et presque toujours suffisante. Si le malade peut les supporter il y aura avantage à augmenter progressivement les doses : 4 grammes la première semaine, 5 grammes la deuxième semaine, 6 grammes la troisième, etc., jusqu'à 8 grammes par jour. Ces doses sont le plus souvent suffisantes. Il est cependant des cas où la guérison n'est obtenue qu'avec des doses beaucoup plus fortes. M. le Professeur Dubreuilh a prescrit 18 (Obs. IX) et même 22 grammes d'iodure par jour pendant six semaines ; ces doses très élevées amenèrent une fonte complète des lésions qui restaient rebelles aux doses courantes. Ne jamais les donner massives d'emblée, mais les augmenter lentement afin d'éviter l'accoutumance à l'iodure.

Chez l'enfant, on le donnera à des doses variant de 20 centigrammes à 3 grammes selon l'âge ; à partir de cinq ans elles pourront être augmentées.

Le sirop d'oranges amères, ou la teinture d'oranges amères sucrée (Bousquet) et l'eau sont les excipients de choix. On peut prescrire une solution aqueuse concentrée :

Iodure de potassium.....	100 grammes
Eau distillée.....	500 —
1 cuillerée à café contient 1 gramme d'iodure	

La dose quotidienne sera prise à intervalles réguliers, au moment des repas de préférence, dans de la bière, du café, ou plutôt du lait qui déguise assez bien la saveur désagréable de l'iodure. On le prescrit encore sous forme de sirop ou de vin.

Le traitement local n'est pas à négliger : si les lésions sont fermées, on évitera surtout les incisions ; si elles sont prêtes à s'ouvrir, on les protégera par un simple emplâtre. Si les lésions sont ulcérées ou enflammées, pansements humides avec des compresses trempées dans une solution iodo-iodurée. Lorsque les ulcérations seront en voie de guérison, on les cautérisera avec de la teinture d'iode.

Quant au traitement du terrain sporotrichosique, il sera poursuivi suivant les indications fournies par l'examen complet du malade. Mais il faut surtout avoir soin de prolonger la médication iodée longtemps après la guérison apparente pour éviter les récidives qui, sans cette précaution, ne manqueraient pas de se produire, le convalescent de sporotrichose ne présentant point d'immunité.

Outre l'iodure de potassium, on a essayé le mercure et l'arsenic. Le mercure reste sans effet, « les malades ne retirant aucun bénéfice des injections ou frictions mercurielles » (Hudelo).

L'arsenic, au contraire, semble agir favorablement. Milian a cité un cas de guérison à la suite d'injections hypodermiques de 2 centigrammes d'arséniate de soude faites tous les deux jours pendant trois semaines.

S'appuyant sur l'action bactéricide *in vitro* de l'arséniate de soude, Gougerot a appliqué avec succès, dans quelques cas rebelles à l'iodure, un traitement arsenical local, consistant en injections arsenicales dans les lésions et autour d'elles. Ces injections ont en effet le double avantage d'avoir une action locale et une action générale : l'arséniate agit sur la lésion et, en se résorbant, sur l'organisme tout entier.

Un nouveau traitement mérite de retenir notre attention, c'est celui que Ravaut a employé avec succès dans un cas de *trichophytie de la barbe* (32) et consistant en injections intra-veineuses de liqueur de Gram. Il est tout naturel de penser que son efficacité et sa rapidité sont dues à l'action directe du liquide iodo-ioduré, véhiculé par le sang et agissant directement sur les parasites très sensibles à ce médicament. L'auteur en préconise l'usage dans le traitement de certaines affections mycosiques et nous pensons qu'il serait très intéressant d'en faire l'essai dans la sporotrichose.

A côté de la médication classique exposée plus haut, il était bon de mettre en parallèle ce traitement par la voie veineuse qui, par sa rapidité d'action, pourra peut-être la supplanter.

Nous disions précédemment qu'il était indispensable de ne point dépasser, au début de la médication iodée, la dose quotidienne

de 2 grammes ; chez certains individus, des doses exagérées ou même minimales d'iodure donnent lieu à des phénomènes toxiques, dit phénomènes *d'iodisme*. La perméabilité rénale, sans être le facteur unique dans la genèse de ces accidents, semble cependant jouer un rôle prépondérant. Il faudra donc examiner systématiquement, au point de vue de la perméabilité rénale, tout individu qui doit être soumis à l'iodure de potassium. Si le rein est lésé, débiter par des doses très faibles, 25 à 50 centigrammes ; en l'absence de lésions, ne jamais dépasser 2 grammes comme dose quotidienne initiale.

Dans les cas d'estomacs sensibles, ou d'intolérance marquée à l'endroit des iodures, on aura recours aux préparations organiques suivantes : *le lipiodol* (composé gras) que l'on administrera de préférence par la voie hypodermique, et *l'iodomaisine* (composé albuminoïde). Mais ne pas oublier que leur action thérapeutique est lente et qu'employés seuls ils n'assurent pas toujours la guérison.

Quel est le mécanisme de l'action de l'iodure sur le *Sporotrichum* ? L'iode agit comme stimulant des moyens normaux de défense de l'organisme contre l'infection, par la leucocytose qu'il provoque ; à ce titre il peut être considéré comme microbicide et antitoxique. Il active particulièrement la genèse des macrophages qui interviennent surtout à la période tardive des infections pour débarrasser l'organisme des déchets cellulaires, microbiens, toxiques. Et c'est de cette activité macrophagique stimulée que résulte la guérison, comme l'ont démontré de Beürmann et Gougerot.

L'iodure et les corps iodés n'agissent donc point en tant que parasitocides directs, car on peut faire pousser le *Sporotrichum* dans des milieux iodés, mais en activant les processus de phagocytose.

On pourrait penser aussi que l'iodure de potassium agit en modifiant le milieu intérieur et en le rendant inhabitable au *Sporotrichum*, comme dans la célèbre expérience de Raulin : l'aspergillus cesse de pousser et meurt dans un milieu favorable auparavant quand on le met dans un vase d'argent ou argenté,

les choses se passant comme si les quantités infinitésimales d'argent dissous dans l'eau agissaient à la façon des antiseptiques.

Immunité. — La clinique et l'expérimentation ont prouvé que si l'iodure possédait un pouvoir curatif puissant, il était, par contre, dénué de pouvoir préventif. Il entraîne, non une auto-immunisation, mais un état de sensibilisation qui persiste longtemps, et l'immunité sporotrichosique, *si tant qu'elle existe*, ne s'établira que bien après la convalescence.

VACCINOTHÉRAPIE ET SÉROTHÉRAPIE

Dès 1912, des expériences faites sur l'animal prouvèrent la possibilité d'obtenir des sérums et des vaccins antisporotrichosiques et faisaient espérer que la sérothérapie chez l'homme pourrait rendre quelques services dans le cas où le traitement iodo-ioduré échouerait. L'Ecole parisienne s'est particulièrement attachée à l'étude de cette question, et M. Gougerot, à qui nous avons demandé quelques précisions à ce sujet, a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches et de ses observations encore inédites. Voici textuellement ce qu'il nous écrit :

« Peu d'essais ont été faits, car l'iodure de potassium guérit très facilement. Ces deux nouvelles méthodes ont été réservées à des malades intolérants à l'iodure, et les observations que nous avons recueillies ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de tirer des conclusions définitives : ce sont des faits d'attente, mais déjà très intéressants pour les cas de traitement difficile.

Sérothérapie antisporotrichosique. — « Le sérum antisporotrichosique préparé en collaboration avec Carrougeau à Madagascar (chevaux injectés de *Sporotrichum* tués, puis de *Sporotrichum* vivants de plus en plus virulents) convient surtout aux formes toxémiques, ou dans les cas d'association de tuberculose fébrile, et les deux observations qui suivent témoignent de son efficacité :

» Le premier malade est atteint de tuberculose avec des

craquements au sommet gauche, du ramollissement au sommet droit, avec des bacilles de Koch dans les crachats; la température 37° à 38,5 évoluait par poussées irrégulières. Il présente une sporotrichose gommeuse disséminée ulcéreuse, 12 gommes et 2 gros abcès, ce qui témoigne d'une virulence plus grande que de coutume. Le traitement ioduré est institué, mais il produit une aggravation des lésions pulmonaires, la dose de 2 grammes déterminant une réaction fébrile à 39°5.

» Devant cette intolérance, l'iodure est abandonné et remplacé par 12 pilules d'iodo-maïsine aux deux repas et, deux fois par semaine, 3 centimètres cubes de lipiodol en injection dans la fesse. En outre, un mois durant, on lui fait de la sérothérapie : tous les jours 40 centimètres cubes de sérum, dose qui est ramenée, après une quinzaine, à 20 centimètres cubes. Le traitement iodé seul est ensuite repris, et la guérison complète est obtenue un mois après.

» Le deuxième malade, diabétique avec tuberculose probable, car la radiographie décelait deux sommets s'éclairant mal, présente 28 gommes disséminées ulcérées. Il est soumis au traitement ioduré : 4 grammes par jour. Au bout d'un mois, l'on obtient une demi-guérison ; mais il devient bien vite intolérant à l'iodure, faisant quelques poussées fébriles : 38,5. Les ulcérations des membres ne se cicatrisent point malgré le repos, et les gommes et les abcès récidivent dès que l'iodure de potassium est cessé. On lui fait alors le traitement appliqué au malade précédent : iodo-maïsine, lipiodol et sérum (sans iodure) pendant vingt-cinq jours, ce qui amène une guérison complète des lésions. Par crainte de récidives, le traitement est prolongé pendant un mois.

Vaccinothérapie ant sporotrichosique. — » Elle a été essayée dans plusieurs cas de sporotrichose, mais deux seulement furent suivis dans de bonnes conditions et permettent de conclure. On peut employer les vaccins polyvalents, les auto-vaccins, ou le mélange des deux sortes de vaccins : « auto-hétéro-vaccins ». Comme pour la sporo-agglutination, le fragment de cultures jeunes est broyé à sec au mortier, puis on y ajoute goutte à

goutte, et lentement, quelques centimètres cubes d'eau salée à 8 pour 1.000. Le liquide trouble de broyage peut être filtré ou non sur buvard mouillé, et une goutte est déposée sur la planchette de l'hématimètre Malassez. Suivant que l'on compte 10 ou 100 éléments par rectangle, on obtiendra un vaccin faible ou fort ; on stérilise en portant à la température de 100° pendant trente minutes, ou bien en tyndalisant à 70° pendant une heure à trois reprises différentes. Comme doses de début, on injectera 1/4 de centimètre cube, 1/2, 3/4, puis 1 et 2 centimètres cubes de vaccin faible (titre 10). Il est indispensable de débiter par des doses très faibles et de les augmenter progressivement à cause de l'hypersensibilisation. Puis, si la tolérance est bonne, on passera au vaccin fort (titre 100), 1/4 de centimètre cube, 1/2, etc.

» *Première observation.* — Il s'agit d'une femme non intolérante à l'iodure, cas banal pris comme essai. Elle présente un chancre sporotrichosique végétant de l'index avec lymphangite ascendante ; au bras 12 gommes, les 3 inférieures ulcérées ; 1 gros ganglion et plusieurs petits ganglions axillaires durs. Elle est traitée uniquement par des injections de doses faibles et croissantes de *Sporotrichum* tués. La guérison, très lente, est obtenue au bout de deux mois, alors que l'iodure de potassim aurait guéri en vingt ou trente jours.

» *Deuxième observation.* — C'est une femme atteinte de sporotrichose gommeuse disséminée ulcéreuse, 16 gommes ulcérées avec laryngite végétante dont on sait la haute gravité et la ténacité vis à vis de l'iodure. En outre, c'est une bacillaire probable, car 3 grammes d'iodure suffisent à déterminer des réactions fébriles violentes. Après une quinzaine de jours de traitement ioduré à la dose de 3 grammes par jour, les lésions cutanées sont améliorées mais non guéries, celles du larynx restent stationnaires. L'iodure est suspendu et on lui fait de l'auto-vaccin à doses très faibles et croissantes, car au début elle réagissait violemment : 1/8 et 1/4 de centimètre cube à plusieurs reprises pendant quatre jours. La guérison fut lente mais complète, et ce succès est à souligner, car les localisations

muqueuses de la sporotrichose, rares heureusement, sont d'un pronostic sombre.

» Nous concluons à l'emploi de ces deux méthodes dans les cas exceptionnels de sporotrichose humaine où le traitement iodo-ioduré classique reste peu efficace, impuissant, ou même nuisible ; nous réservons la sérothérapie aux cas s'accompagnant de réactions fébriles et évoluant sur un organisme déprimé par la tuberculose, l'alcoolisme, etc ; la vaccinothérapie convient mieux aux formes peu ou pas fébriles » (Gougerot).

LA SPOROTRICHOSE CHEZ L'ENFANT

La sporotrichose est moins rare chez l'enfant qu'on ne le suppose ; durant ces dernières années, M. Petges en a observé deux cas chez des enfants de deux et six ans. MM. Gougerot, Ehrmann et Larrousse (19) ; Perkins ; Widal et Joltrain (13) en ont publié quelques cas, à forme cutanée, sous-cutanée et osseuse principalement. D'ailleurs la forme infantile est identique à celle de l'adulte.

Elle a été signalée pour la première fois chez le nourrisson dans une observation de Gougerot, E. et L. ; il s'agissait de lésions dermiques de la joue gauche, lupiformes, accompagnées de gommes indurées des deux mains, du bras, du coude droit, de la cuisse droite et du genou gauche. Toutes ces gommes, dont plusieurs n'étaient que l'envahissement des téguments par les foyers osseux, avaient les caractères habituels des gommes sporotrichosiques tuberculoïdes. Le diagnostic de tuberculose sembla évident à tous les médecins qui examinèrent l'enfant. Il fut fait un ensemencement du pus et il révéla des colonies typiques de *Sporotrichum Beurmanni*. Que se serait-il passé si l'erreur de diagnostic n'avait pas été réformée ? Ce pauvre bébé, radiographié, opéré, mutilé, aurait été envoyé dans une station maritime et sa mycose méconnue aurait progressé sans arrêt, allant sans doute jusqu'à la cachexie et la mort ainsi qu'on l'a vu chez l'adulte. Et cela nous prouve, une fois de plus,

que devant des lésions qui semblent le plus manifestement tuberculeuses, il est du devoir formel du médecin de discuter le diagnostic de sporotrichose, même chez le nourrisson et de pratiquer systématiquement un ensemencement.

Ce qu'il y a de frappant dans cette observation c'est l'origine osseuse de ces gommès, et les auteurs soulignèrent l'importance des lésions périostées et osseuses de cette sporotrichose infantile; de même que dans la tuberculose et les ostéomyélites pyogènes, il est probable que l'hyperactivité du système osseux a servi de point d'appel à l'infection mycosique.

LA SPOROTRICHOSE AUX ARMÉES

Durant la guerre, M. Petges a rencontré dans son ambulance où il n'existait pas, à cette époque, de service spécialisé de dermatologie, un certain nombre de mycoses méconnues, considérées et traitées comme des inflammations où des infections banales, parmi lesquelles quatre étaient des cas de sporotrichose. D'après ce qu'il a vu ultérieurement, les cas de mycose et de sporotrichose en particulier étaient fréquents aux Armées. Mais comme toujours, en pareille matière, ces cas demandaient à être recherchés.

Il en résulte que l'on doit envisager, dans les groupements militaires surtout, l'hypothèse de la sporotrichose et ne pas oublier que cette affection, peut-être un peu négligée, est fréquente sous le couvert de la tuberculose, de la syphilis, de l'ecthyma et des pyodermites rebelles. En cas de doute, l'examen microscopique, et surtout les cultures sur milieu gélosé de Sabouraud permettront sans difficulté l'identification aisée à laquelle il convient d'autant plus d'aboutir que la sporotrichose cède au traitement par l'iodure de potassium : posséder une médication spécifique est un avantage assez rare pour nous inviter à un diagnostic rigoureux et précis.

CONCLUSIONS

I. — La sporotrichose est fréquente dans la région bordelaise ; la facilité avec laquelle nous avons pu grouper 22 observations en quelques années le démontre.

Elle est plus méconnue que rare.

II. — On doit y penser dans les cas évoquant la possibilité du diagnostic de tuberculose, de syphilis et même d'infections chroniques banales. Son diagnostic est presque toujours aisé et à la portée de tous les praticiens.

III. — Elle est généralement bénigne et l'iode de potassium a contre elle une action spécifique.

IV. — Maladie fréquente, de diagnostic assez facile, de traitement sûr, elle n'intéresse pas seulement le dermatologiste, mais aussi tous les médecins praticiens autant que les spécialistes divers et les chirurgiens.

Vu, et bon à imprimer :

Le Président de Thèse.

D^r W. DUBREUILH.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu, et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 octobre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. BEURMANN (de) et GOUGEROT. — Les sporotrichoses hypodermiques. *Annales de dermat. et syph.* Paris 1906.
2. — Les sporotrichoses. 1 vol., 852 p. Paris, Alcan, 1912.
3. — Les nouvelles mycoses. Paris 1911.
4. MONIER et VINARD. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel, Gilbert, Thoinot., t. XIV, p. 448. Baillière éd. Paris 1919.
5. VIDAL et ABRAMI. — Séro-diagnostic de la sporotrichose. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 19 juin 1908.
6. LANDOUZY. — Sporotrichose hypodermique gommeuse ulcérée, disséminée, sporotrichose de de Beurmann. *Presse médicale*, 1909, n° 89.
7. GOUGEROT. — Diagnostic de la syphilis et de la sporotrichose. *Annales des maladies vénériennes*, 1^{er} mars 1907.
8. — Traitement des mycoses et des sporotrichoses, etc. *Journal des Praticiens*, n° 19 et 23, 13 mai et 19 juin 1911.
9. — Les sporotrichoses pathogènes. Paru dans les *Archives de pathologie*, 1911.
10. JOSSET-MOURE (P.). — Arthrite sporotrichosique du genou. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 décembre 1909.
11. BALZER et BURNIER. — Un cas de sporotrichose gommeuse avec localisation synoviale et articulaire. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 21 octobre 1910.
12. SABRAZÈS et GUYOT. — Un cas de sporotrichose accident de travail. *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 mai 1911. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 6 août 1911.
13. DUBREUILH, PETGES et BONNIN. — Sporotrichose cutanée tuberculoïde. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 mai 1911. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 juillet 1911.
14. BALZER et BURNIER. — Un cas de sporotrichose gommeuse avec localisation synoviale et articulaire. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 21 octobre 1910, p. 227.

15. WIDAL et JOLTRAIN. — Sporotrichose chez deux membres d'une même famille. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 27 novembre 1908, p. 647.
16. LAPERSONNE (de). — Sporotrichose oculaire. *Presse médicale*, 31 janvier 1912.
17. GOUGEROT et MONOD. — Spôrotrichose en nappe simulant un sarcome. *Bull. de la Soc. Franç. de derm. et de syph.*, 2 juillet 1914.
18. NICLOT, VIÉRON et PETGES. — Sporotrichose cutanée causée par un *Sporotrichum* à forme courte : « Levure ». Société de médecine militaire française, 18 janvier 1912.
19. GOUGEROT, EHLMANN et LAROUSSE. — Sporotrichose osseuse et sous-cutanée disséminée chez un enfant de 14 mois. Société de derm. et syph., 4 juin 1914.
20. MOURE, — La sporotrichose au point de vue chirurgical. *Revue de chirurgie*, Paris 1919.
21. CARLES (J.) et PETGES. — Sporotrichose hypodermique et musculaire. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 6 octobre 1912.
22. — Un nouveau cas de sporotrichose. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. *Gazette hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 1^{er} juin 1913.
23. SABRAZÈS et DUVERGEY. — Sporotrichose de la région sous-maxillaire. Société anatomo-clinique de Bordeaux, mai 1912. *Journal de médecine de Bordeaux*, 3 novembre 1912.
24. PETGES (G.). — Sporotrichose dermique. Soc. anat. clinique de Bordeaux. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 14 septembre 1913.
25. — Sporotrichose du dos des deux mains. Soc. anat.-clinique de Bordeaux, juin 1913. *Journal de médecine de Bordeaux*, 12 octobre 1913.
26. VERDELET, PETGES et LASSERRE. — Sporotrichose hypodermique. Soc. anat.-clin. de Bordeaux, mars 1914. *Journal de méd. de Bordeaux*, 5 juillet 1914.
27. BORMEL (M.-F.). — Sporotrichose gommeuse disséminée à manifestations cutanées ulcéreuses. Communication faite à la Soc. de méd. militaire franc., 4 décembre 1913. *Journal de méd. de Bordeaux*, 5 juillet 1914.
28. SABRAZÈS. — De la sporotrichose à propos d'un cas nouveau. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 28 septembre 1919.

29. PETGES et POZZI. — Sporotrichose aiguë et généralisée à forme septicémique. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 19 décembre 1920.
 30. PETGES (G.). — La pratique des maladies des enfants. T. VI, chapitre « Sporotrichose », Baillière édit. Sous presse.
 31. FAVA (Attilio). — Sporotrichose expérimentale de l'appareil oculaire du lapin (et complément de son auto-observation). *Ann. d'oculistique*, t. CXLIV, août 1910, p. 69.
 32. RAVAUT (P.). — Trichophytie de la barbe rapidement guérie par les injections intra-veineuses de liqueur de Gram. *Ann. de dermatologie et syphilis*, VI série, tome II, n° 5, 1921.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER	13
Définition.....	13
Historique	14
La sporotrichose dans la région bordelaise (Observations) ..	15
Etiologie	34
Symptômes et types cliniques	36
Marche et complications	40
CHAPITRE II.....	41
Diagnostic : clinique	41
— bactériologique.....	45
Pronostic.....	48
Traitement.....	49
Vaccinothérapie et sérothérapie.....	53
La sporotrichose chez l'enfant	56
La sporotrichose aux armées	57
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61

